

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LA DEPRESION EN LA MUJER ADOLESCENTE UNA
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Tesis

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

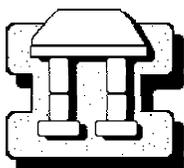
Rodrigo López López

Asesores:

Mtra. Margarita Rivera Mendoza

Mtra. Araceli Silverio Cortés

Dr. Sergio López Ramos



TLALNEPANTLA EDO. DE MÉXICO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A LA MEMORIA DE:
Ma. Antonia Vázquez Córdoba
Petra López Vázquez
Benjamín López López**

Por todo tu apoyo incondicional

GRACIAS PAPA.

Índice

Introducción	1
CAPITULO 1	
Depresión en la mujer adolescente	
1.1 ¿Qué es la depresión?	6
1.2 Síntomas de la depresión	8
1.3 Modelos psicológicos que examinan la depresión	
1.3.1 Modelo psicoanalítico	12
1.3.2 Modelo conductual	15
1.3.3 Modelo cognitivo conductual	18
1.4 ¿Por qué las mujeres sufren más depresiones?	22
CAPITULO II	
Ciclo de vida, género y depresión en la mujer	
2.1 El género	25
2.1.1 El género en la niñez	27
2.1.2 El género en la adolescencia	29
2.1.3 El género en la adultez	30
2.1.4 El género en la vejez	32
2.2 Depresión en la mujer en las distintas etapas de su vida	33
2.1.1 La depresión en la infancia	34

2.1.2	La depresión en la adolescencia	35
2.1.3	La depresión en la adultez	36
2.2.4	La depresión en la vejez	39

Capítulo III

ADOLESCENCIA Y DEPRESIÓN EN LA MUJER

Adolescencia y depresión en la mujer	42
--------------------------------------	----

Capítulo IV

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Método	50
Resultados	66
Conclusiones	78

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

RESUMEN

Durante el transcurso del tiempo el término depresión ha ido evolucionando hasta definirse e identificarla en la actualidad como una enfermedad. Los datos que permiten identificar sus orígenes se remontan muchos años atrás en el siglo IV a., de C., cuando el gran filósofo Hipócrates hace la descripción de un enfermedad a la cual llama melancolía, la cual era causada por uno de los cuatro humores corporales, que en relación conjunta estaban relacionados con problemas psiquiátricos: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis con diversa sintomatología, principalmente somática.

México prehispánico a las personas que presentaban estos síntomas llegaban incluso a recomendar un tratamiento a base de yerbas o jugos de flores al cual le llamaban remedio para la "sangre negra", término común del cuadro en la Europa del siglo XVI. Conforme fue avanzando el tiempo los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión eran más acertados y específicos.

De esta forma es como inicia el presente trabajo, definiendo en el primer capítulo ¿Qué es la depresión? Sintomatología y modelos psicológicos que trabajan con la depresión. En el segundo capítulo se aborda el ciclo de vida de la mujer desde la niñez hasta la vejez, de igual forma se hace una revisión de la depresión en las distintas etapas de la vida de la mujer.

Enfocándose en el tercer capítulo sobre la depresión en la adolescencia en la mujer, donde acuerdo con Papalia, es en donde se da el mayor incremento de depresión en la mujer.

Finalmente en el cuarto capítulo se hace una propuesta de intervención, en donde el principal objetivo es la desarrollar habilidades cognitivo conductuales con las cuales las adolescentes sean capaces de prevenir, rehabilitarse y evitar volver a caer en una depresión en su vida futura.

Introducción

Detrás de la máscara de una adolescencia difícil, esta el rostro de una sociedad difícil, hostil y que no desea comprender

A. Aberastury

Cada vez mayor número de mujeres piden en silencio un cambio en su forma de vida, por que están atrapadas en una sociedad que les proporciona pocas oportunidades de tener satisfacciones personales, a menudo, se encuentran en situaciones en las que aparentemente no hay forma de salir triunfantes, ya sea en su papel de esposas o hijas dependen en su gran mayoría tanto física, emocional y/o económicamente de un hombre.

Dicha situación las ha colocado en la posición de “pierdo si lo hago y/o pierdo si no lo hago”, esto es por desgracia, en un gran porcentaje el papel que desempeña la mujer dentro de nuestra sociedad y nuestra familia. La mujer es valorada por sus tareas a realizar, es decir ella debe saber cocinar, lavar planchar, coser, ser comprensiva, amable, si es casada debe tener niños inteligentes, sanos bien educados, ser buena anfitriona de los socios y/o amigos de la pareja así como mantener una excelente relación con la pareja.

Si en alguna de estas áreas surgiera alguna dificultad quien sentirá que ha fracasado será la mujer, ya sea en su papel de hija, madre o esposa. Cuando esto sucede, generalmente se presentan estados depresivos, los cuales en ocasiones no son graves pero en la mayoría de los casos al no ser superados, sientan las bases para una depresión de mayor magnitud.

La depresión no es algo exclusivo de las mujeres en una determinada etapa, de acuerdo con las investigaciones realizadas por Díaz-Guerrero (1994), es desde la niñez donde se comienza a generar esta problemática, debido principalmente a que las niñas son educadas y tratadas de una manera distinta a la de los niños.

Con el transcurso del tiempo dejan de ser niñas y pasan a la adolescencia, etapa que si bien es gratificante para todo ser viviente no lo llega a ser para algunas adolescentes, debido a la poca información brindada por parte de sus padres sobre los diversos cambios físicos, que ocurrirán en su cuerpo; llegados estos generan una angustia, pues no tiene idea de lo que le esta ocurriendo.

Por otro lado comienza a sentirse atraída por el sexo opuesto y al tener sus primeras decepciones amorosas cae en un estado depresivo, que en la mayoría de los casos es leve, pero si este estado se llega a juntar con las angustias generadas por los cambios físicos, hormonales o el desarrollo de su actividad sexual, llevan a la chica a caer en una depresión mayor, la cual puede conducirla a otros problemas como la drogadicción el alcoholismo, la delincuencia o el suicidio.

Una vez que surge la depresión durante la adolescencia se origina un circulo vicioso, donde al no poder superar sus primeras dificultades, se daña su autoimagen y cada situación frustrante le va a afectar más y más, hasta hacerla caer en un estado depresivo profundo, a partir del cual empezará a esperar solo fracasos; como si esta situación fuera la única característica de todas sus interacciones sociales, ya sea en su hogar escuela o trabajo.

Al esperar solo fracasos la adolescente, llega a comportarse de tal manera que solo favorece o provoca el fracaso, su autoestima se ve más deteriorada, y esto le dificulta trabajar o relacionarse con amigos, compañeros o familiares. Se vuelve antisocial, lo cual causa en ella sentimientos de tristeza, apatía o desamparo. Esta combinación de sentimientos hace que su vitalidad y motivación decrezca enormemente, apareciendo lo que se conoce como Depresión.

Los trastornos emocionales que sufren las adolescentes son una problemática que se ha incrementado en los últimos años, debido a diversos factores como la desintegración familiar y baja autoestima entre otros, esto las vuelve más propensas a padecer una depresión, las investigaciones en nuestro país son escasas o inexistentes al igual que las propuestas para erradicar y

prevenir este trastorno. Siendo de vital importancia llevar a cabo mayores investigaciones, por lo cual surge esta tesis como una propuesta de una forma de intervención a través de un taller vivencial a fin de erradicar la depresión en la adolescencia.

Para cumplir con el objetivo, se trabajaron los siguientes aspectos:

En el capítulo uno se abordó de una manera muy general que es la depresión, su sintomatología así como ramas de la psicología que estudian este trastorno.

En el capítulo dos se expuso el ciclo de vida de la mujer teniendo en cuenta el papel que juega el género. Así como las causas que generan depresión en la mujer a lo largo de las distintas etapas de su vida.

Siendo en el capítulo tres donde se revisó exhaustivamente la etapa de la adolescencia y la depresión en esta misma.

Por último en nuestro capítulo se hizo la propuesta de intervención a través de un taller vivencial, desde la perspectiva cognitivo conductual.

CAPITULO 1

LA DEPRESIÓN

Se ha dicho que la depresión es el problema número uno de la salud pública. En realidad la depresión se halla tan difundida que ya se conoce como el resfriado de las perturbaciones psíquicas. Pero existe una diferencia terrible entre la depresión y el catarro. La depresión puede matar a quien la padece. Según lo señalan los estudios pertinentes, el índice de suicidios ha registrado un impresionante incremento en los últimos años, incluso en el caso de los niños y adolescentes. Este creciente índice de mortalidad ha tenido lugar a pesar de los miles de millones de drogas antidepresivas y tranquilizantes que se han suministrado durante las últimas décadas (Burns, 1994).

A fin de poder comprender la problemática que encierra este mal, específicamente en la mujer adolescente, abordaremos en un inicio a la depresión de forma general para después ir centrándonos en lo que es la depresión en la mujer adolescente específicamente.

1.1 ¿Qué Es La Depresión?

La depresión en las últimas clasificaciones psiquiátricas que se han hecho esta incluida en el grupo de “trastornos afectivos”. La razón de esta clasificación es la de considerar como un rasgo característico la alteración de la capacidad afectiva que es patente no solo en el caso de la tristeza, sino también en la incapacidad de dar afecto a quienes lo rodean. Esto es percibido en la alteración de la capacidad para captar, sentir y manifestar los afectos (Gasto, 1993; Sabanes, 1994; DSM-IV, 1994).

En los últimos años, la familiaridad con la palabra “depresión” ha desembocado en la abreviación “depre”. Así a menudo se escuchan frases tales como “estoy en la depre”, “me entra la depre”, “es un espectáculo depre”. Lo cual ha traído como consecuencia el uso irracional del termino “depresión”.

Es evidente que no es lo mismo estar en la depre que padecer una depresión ya que son muy pocas personas que se dicen estar en la depre y que sufren realmente depresión. Las “depres” son casi siempre consecuencias de algo específico como contratiempos episódicos, y que no son duraderas e incluso oscilan a lo largo de un mismo día de acuerdo con diversos factores ambientales.

Es posible que un individuo que afirme “estar en la depre”, presente síntomas depresivos y se muestre por ejemplo, menos ilusionado, o con menor capacidad de entusiasmo que de costumbre, pero que realmente no está enfermo. La persona que esta “depre” casi siempre se supera con facilidad y quienes la experimentan solo requieren de un poco de comprensión y ayuda para evitar complicaciones, al contrario de la depresión que es una enfermedad que afecta el bienestar físico provocando cansancio, alteraciones del sueño, cambios del apetito, el bienestar mental como alteraciones del ánimo, el pensamiento y la conducta. La depresión afecta el funcionamiento global de la persona constituyendo un problema psicológico serio que compromete la vida personal y laboral de quien la padece, que requiere ser diagnosticada y tratada adecuadamente. (López, 2000; Beck citado en Wolpe 1985, pp. 268).

Hay circunstancias en las que la depresión es una respuesta normal y adecuada por ejemplo cuando una persona ha sufrido una pérdida o privación grave de algún ser querido hace que se presente un estado melancólico o de tristeza que se desvanece bastante pronto conforme los objetos de necesidad y deseo suplantán lo que se perdió. Una depresión se considera patológica cuando es evidente que no sirve para restaurar la función adaptativa, cuando es excesivamente grave o demasiado larga en relación a la privación que la causó o si ha surgido fuera del contexto de una pérdida o privación.

De acuerdo con la American Journal of Psychiatry (1991), por lo menos el 15% de personas en la población general sufrirá en algún momento de su vida de un periodo depresivo. A pesar de constituir una condición típica de la edad

adulta. La depresión puede aparecer en cualquier edad. De hecho la prevalencia es de 15% en ancianos, de 2% en niños y de 4 a 8% en adolescentes.

Según las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), dentro de 20 años la depresión será la segunda causa de incapacidad física, laboral y emocional en el mundo entero, después de las infecciones cardiovasculares.

Sin embargo y a pesar de ser un gran número de personas las que sufren Depresión, son muy pocas las que reciben ayuda profesional esto debido principalmente a que en algunos casos el paciente no identifica su padecimiento y sin darse cuenta permite que el trastorno se oculte tras malestares orgánicos como dolores de cabeza, problemas digestivos o secuelas de una intervención quirúrgica.

Hay otros casos en que la educación recibida llevan al individuo a la conclusión de que “él” o “ella”, a solas deben y puede resolver el problema. Cabe aclarar, que la depresión, es una emoción común, sin embargo se considera una enfermedad cuando el estado de ánimo de la persona cambia sin un motivo aparente. Es decir cuando la persona no ha tenido una pérdida significativa que explique el cambio en su estado de ánimo (Burns, 1999; Weisman, 1977). Por lo cual es necesario que se conozca en su totalidad los síntomas de la depresión para poder detectarla oportunamente.

1.2 Síntomas De La Depresión

En los tiempos actuales la depresión es un síntoma psíquico muy frecuente relacionado con el tipo de vida que llevamos, nuestras relaciones familiares (problemas con la pareja o los hijos), en el ámbito académico (problemas en la escuela o universidad) o laboral (falta de empleo, remuneración insuficiente, problemas con el jefe) entre otros. Rehm (1981) observo que los síntomas expresados a través de verbalizaciones u

observaciones del proceso cognitivo del individuo se subdividen en dos categorías:

- 1) Simulación de tristeza: la gente se describe como deprimida, triste desanimada, infeliz.
- 2) Distorsiones cognitivas: Incluyen una variedad de actitudes y creencias sobre sí, el mundo y el futuro (Beck, 1967; Rush y Giles 1982).

Otros síntomas incluidos son: pesimismo, desesperación, incapacidad, baja autoestima y culpa. Los síntomas somáticos, son aquellos manifestados por la conducta motora del individuo e incluyen tanto excesos como déficit conductuales:

- 1) Excesos conductuales: tristeza, cabeza colgada, llanto carencia de contacto visual, torcer las manos, agitación y conducta suicida.
- 2) Déficits conductuales: involucran retardo psicomotor, decremento en la funcionalidad del trabajo y actividades recreativas, así como perturbaciones en el sueño, en la conducta de comer y en lo sexual.

Dentro de los síntomas somáticos también son considerados: fatiga excesiva, baja de apetito, pánico difuso. Entre los síntomas interpersonales, aunque no ha sido una parte tradicional de la sintomatología de la depresión, podemos encontrar que las personas depresivas pueden ser demandantes, manipuladoras, negativas, hostiles, quejumbrosas.

Por su parte Craighead (1981), señala que las características clásicas conductuales incluyen evitación o reducción en la interacción social, retardo en la prontitud, reducción en la producción verbal e incremento del llanto.

En tanto que las respuestas cognitivas incluyen percepciones de conductas y emociones negativas, culpa, distorsión negativa del medio ambiente, variaciones del ánimo diurno, incapacidad y desesperación.

Asimismo la Asociación de Psiquiatría Americana en su Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), considera que una persona (no drogada, ni que acabe de perder a un ser querido) presenta depresión si existen en ella:

- a) Pesar, tristeza o desanimado la mayor parte del día (a veces irritabilidad en niños o adolescentes).
- b) Disminución importante del interés en la mayoría de las actividades diarias.
- c) Aumento o disminución importante del apetito
- d) Insomnio o sueño excesivo.
- e) Agitación (evidente por el modo de frotarse las manos) lentitud de movimientos.
- f) Cansancio inexplicable o pérdida de energía.
- g) Sentimientos de inutilidad o culpabilidad.
- h) Indecisión o capacidad disminuida para pensar o concentrarse.
- i) Pensamientos recurrentes de muerte, abandono o suicidio.

Basándose en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, se puede considerar que existen tres tipos de depresión: Depresión mayor, Distimia y Depresión Bipolar.

La Depresión Mayor: es caracterizada por la presencia de todos o a lo menos cinco de los síntomas anteriores por a lo menos durante dos semanas, pudiendo ocurrir episodios una, dos o varias veces en la vida.

Mientras que la Distimia: se caracteriza por los mismos síntomas pero de intensidad moderada y de duración de 2 años o más. Una persona que sufre de Distimia también puede presentar un Episodio de Depresión mayor.

Y en la Enfermedad Bipolar: se alternan episodios depresivos con episodios maníacos, no es tan común como las otras formas de depresión y tiene una causa genética.

La Depresión mayor y la Distimia afecta dos veces más a mujeres que a hombres. Esta relación existe sin importar la edad, la raza, los antecedentes étnicos o el nivel socioeconómico. En el caso de la Depresión Bipolar en cambio, no existen diferencias entre varones y mujeres.

Obviamente existe un rango para diferenciar la depresión clínica que oscila entre sentimientos leves de depresión y consideraciones serias de suicidio. La depresión leve también es conocida como DISTIMÍA. Al igual que la depresión clínica, la Distimia se diagnostica de acuerdo con el DSM.IV .Donde para ser diagnosticado como distímico, un paciente debe estar deprimido la mayor parte del tiempo durante al menos dos años (un año en caso de niños y adolescentes) y presentar al menos tres de los siguientes síntomas:

- 1.- Disminución de la autoestima o falta de confianza en si mismo.
- 2.- Pesimismo sentimientos de desesperanza o desesperación.
- 3.- Perdida de interés o de capacidad para el placer en las actividades habituales.
- 4.- Retraimiento de las actividades sociales.
- 5.- Fatiga o aletargamiento
- 6.- Sentimientos de culpa o reflexión sobre el pasado.
- 7.- Irritabilidad o enfado excesivo.
- 8.- Disminución de la productividad.
- 9.- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.

La depresión en cualquiera de sus formas o variantes es una de las mayores epidemias que afecta a la humanidad en los últimos decenios. Una pandemia que sin embargo tiende a ser invisible dado que los deprimidos disimulan o se retraen. Es además un problema que crece y se extiende.

En nuestro actual estilo de vida, sobre todo en los países desarrollados y urbanizados, Martínez Ruiz (1998), menciona que la edad de inicio del primer episodio depresivo tiende a ser cada vez más temprana y es en la pubertad donde se deprimen el doble de las mujeres en comparación con los hombres. Y esto no solo daña a los afectados, también involucra a sus amigos y familiares

ya que la depresión merma la cantidad y sobre todo la calidad de vida de quien la padece y los que la rodean.

Además del sufrimiento, aislamiento e incapacitación que produce, acarrea un importante riesgo vital, enfermedades, accidentes, deterioros familiares, fracasos escolares y despidos laborales pueden atribuirse directa o indirectamente a la depresión; pero ¿cuales son las causas de esta pandemia? Para contestar a esta pregunta a continuación revisaremos algunos modelos psicológicos que explican esta enfermedad.

1.3 Modelos Psicológicos Que Examinan La Depresión

Desde un punto de vista psicológico existen diversas formas de abordar la depresión a continuación revisaremos las tres principales corrientes de la psicología que abordan esta problemática y conoceremos su forma de intervención a la misma.

1.3.1 Modelo Psicoanalítico

Dentro del psicoanálisis el debate está aun abierto sobre el tema de la depresión, pues mientras que para algunos no se trata más que de síntomas, es decir que no se la considera como una entidad clínica específica. Para otros la depresión es una patología claramente definida y estructurada, sobre todo dentro de la psicosis (maniaco-depresiva).

“El caso típico y extremo de melancolía parece estar representado por la forma cíclica hereditaria”. Aquí Freud introduce una explicación donde antes se encontraba la teoría degenerativa de Morel: “El nivel reducido de la tensión en el órgano terminal parece constituir la disposición a la melancolía. En tales condiciones todas las neurosis tienden a adoptar el sello de la melancolía. Por

¹ Freud, S. (1996^o), Escrito G (Biblioteca nueva), p. 678.

consiguiente, mientras los individuos potentes son propensos a la neurosis de angustia, los impotentes se inclinan a la melancolía...”

Por lo cual la melancolía tendrá que ver con una particular cantidad y distribución de la excitación sexual somática. Notándose acá una marcada continuidad: la acumulación cuantitativa de tensión psíquica no es muy diferente a lo que en la antigüedad era aumento de bilis negra.

La sintomatología es una “...inhibición psíquica con empobrecimiento instintual, y el dolor consiguiente.” Recordemos que estas son los síntomas que Krafft Ebing planteaba como fundamentales en la melancolía.

A diferencia de los psiquiatras contemporáneos vemos que Freud utiliza como criterio de diferenciación de los tipos de melancolía y la explicación de un mecanismo específico para cada uno. Si bien estos mecanismos eran de orden fisiológico lo que nos interesa destacar es que Freud caracteriza a la melancolía como “duelo por la pérdida de la libido “, planteando lo siguiente:

“El afecto correspondiente a la melancolía es el del duelo o la aflicción, es decir, el anhelo de algo perdido. Por consiguiente, en la melancolía probablemente se trate de alguna pérdida: una pérdida en la vida instintual del propio sujeto”.

A nuestro entender este texto constituye el principio de una concepción, la psicoanalítica. En lo que respecta a la depresión encontramos que si bien no la nombra queda asociada a la melancolía a través de diferentes significantes: duelo, pérdida libidinal, inhibición psíquica y dolor. El término depresión en Freud lo encontramos por primera vez en el año 1893 en “Un caso de curación hipnótica” en el que plantea:

“En cambio, en las neurosis –no me refiero solamente a la histeria, sino al status nervosus en general - existe, primariamente, una tendencia a la depresión anímica y a la disminución de la conciencia del propio yo, tal y como la encontramos, a título de síntoma aislado y altamente desarrollado, en la melancolía (Freud, 1996b).

Queda establecido en términos de Freud que la depresión es considerada como un síntoma propio de diferentes cuadros y que se encuentra presente de manera exacerbada en la melancolía. Así, diferencia claramente entre ambos conceptos. Esto queda también ejemplificado en algunos Historiales Clínicos de Freud.

Como puede observarse en sus inicio el psicoanálisis, no aborda de una manera directa a la depresión, sin embargo terapéuticamente, la depresión es tratada por los psicoanalistas como una situación en donde las personas con depresiones vuelven con frecuencia a situaciones infantiles, es decir hacen regresiones a la infancia, mostrando de esta manera que es de su propia infancia de donde vienen los conflictos y frustraciones no superados, no resueltos en su momento, que implicaban grandes heridas.

La depresión del adulto no es más que la repetición de la depresión infantil que no se resolvió en aquel entonces y por la que ha quedado la tendencia a reaccionar de una manera análoga ante un desengaño o frustración presente. Estas depresiones infantiles generalmente no son reconocidas como tales. Por lo que el contenido de las heridas infantiles que precipitan una depresión en el adulto es variable. Pueden ser experiencias vividas como abandono y soledad, el nacimiento de un hermano, separación o disputas de los padres, sentimientos de culpa, etc. Todas estas condiciones predisponen a crear ulteriores depresiones ante circunstancias adversas de la vida.

La psicoterapia analítica o psicoanálisis enseña al paciente a averiguar las causas de su depresión, a saber qué problemas emocionales, carencias y frustraciones provocan este estado que generalmente tiene su origen en la infancia; El paciente deprimido aprende durante el tratamiento a valorarse a sí mismo, a sostener su deseo, sus aficiones, sus habilidades, no dejando que los demás le destruyan porque ha aprendido a fortalecer su mundo interno y sus valores, aunque esto en ocasiones es demasiado tardado, es decir pueden pasar meses e incluso años para que el paciente llegue al objetivo.

1.3.2 El Modelo Conductual

Según el conductismo, la depresión se origina –tanto en la persona como en los animales- cuando el sujeto recibe durante un período demasiado largo una serie de estímulos negativos que no puede controlar o detener por más que modifique su conducta para evitarlo (Ferster, 1984). Ya que según este modelo la conducta es una respuesta a diversos estímulos que producen efectos específicos en cada individuo.

Ferster, fue uno de los primeros teóricos en sugerir el fuerte vínculo entre depresión y comportamiento, señalando a la misma como un resultado de falta de reforzamiento positivo que trae como consecuencia las acciones depresivas. Que son la falta de motivación y control, fomentado por la retroalimentación recibida de la familia amigos, compañeros etc.

Por su parte Wetzeler (1989), observa un tipo de reforzamiento negativo como componente de la depresión, es decir un reforzador que lo hace sentir mal, llevando al sujeto a formarse una negativa opinión de si mismo. Mientras Lewinsohn (1986), afirma que pudiera no haber reforzamiento en las depresiones que surgen en la vida.

Caballo (1991), plantea que si la conducta del sujeto ha sido seguida por algún estímulo aversivo puede tener efectos no deseables. Asimismo puede ser que la persona o situación se convierta en un estímulo aversivo condicionado, lo cual originara que la persona escape de ella o la evite, ocasionado con esto una conducta emocional problemática, al no existir suficiente confianza en uno mismo y en los demás por presentarse de forma amenazante para su propia integridad.

Del mismo modo se encuentra que la Depresión puede presentarse en la vida aun con presencia del reforzamiento, donde es factible que la conducta sea aprendida, por lo cual el sujeto asimilara la Depresión de otros como una forma de enfrentarse a la vida.

Seligman (1981) propone un modelo de desamparo aprendido, donde considera que la depresión se presenta cuando el organismo experimenta una

falta de control ante ciertos eventos, debido a la dependencia entre sus respuestas y las consecuencias. Por lo cual el sujeto va a manifestar una disminución en la iniciación de sus respuestas, que son concebidas como depresión.

Básicamente la terapia de conducta comienza mediante un proceso de diagnóstico denominado Análisis Funcional o Conductual. Consiste en "traducir" el problema presentado en categorías conductuales operativas (conductas manifiestas y encubiertas por lo general clasificadas como "cogniciones", "emociones" y "conductas") y en determinar las variables que las mantienen (Gasto 1993).

El anterior proceso determina de qué variables es función la conducta estudiada y guía el proceso de selección de las técnicas terapéuticas. En la mayoría de los casos el terapeuta comparte con su cliente o paciente los resultados de tal análisis y como a partir del mismo es deseable intervenir.

También hay que destacar que la misma Relación terapéutica puede ser analizada por el mismo procedimiento, cuando esta es relevante para la terapia en curso (colaboración del paciente). Cuando la conducta del paciente presenta una escasa colaboración para la terapia, se puede intentar modificarla para lograr niveles mejores de relación terapéutica analizando su función (Yates, 1983).

El terapeuta de conducta suele manejar un amplio abanico de Técnicas terapéuticas para diversidad de problemas. El empleo de las mismas mas adecuado es cuando deriva del análisis funcional del problema en cuestión. De manera resumida podemos agrupar estas técnicas mediante el paradigma de aprendizaje en el que se basan:

1. Técnicas basadas en el condicionamiento clásico: La mas conocidas y utilizadas son los métodos de Exposición y de Desensibilización Sistemática que consisten en enseñar al sujeto a enfrentarse mas o menos gradualmente a las fuentes estímulares de su ansiedad, miedos, vergüenzas y otras emociones de modo que dejen de responder con

ansiedad ante las mismas. La desensibilización conlleva el aprendizaje previo de habilidades de relajación.

2. Técnicas basadas en el condicionamiento operante: Básicamente se dividen en procedimientos encaminados a aumentar conductas adecuadas (Reforzamiento, inadecuadas (Extinción y Castigo), así como aquellos que combinan las dos finalidades anteriores (Reforzamiento diferencial, Contrato de conducta, Control de estímulos).
3. Técnicas basadas en el modelamiento: A través del modelado del terapeuta o grupo se presenta al paciente diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales, el paciente las observa e imita el modelo y el terapeuta le proporciona información correctora. También se utilizan como técnicas para expresar no solo nuevas conductas, sino también para expresar deseos y emociones diversas. Las técnicas más conocidas en este terreno son el Entrenamiento en Habilidades Sociales y el Entrenamiento en Asertividad.
4. Técnicas basadas en los principios del autocontrol: Se suele utilizar en combinación con las anteriores, y en cierto sentido las intervenciones anteriores se proponen al paciente como vías de autocontrol o aprendizaje de manejo de problemas. Las más utilizadas son los autorregistros a través de los cuales el paciente aprende a observar su propia conducta y a modificarla y las técnicas cognitivas mediante las que se aprende a manejar la relación entre los acontecimientos, su interpretación valoración subjetiva y sus efectos emocionales y conductuales. Estos procedimientos se utilizan con mayor énfasis y extensión por los terapeutas cognitivos y de una manera más particularizada por los terapeutas cognitivos conductuales o conductistas cognitivos.

Un aspecto a resaltar es que para el terapeuta conductual la terapia es mucho más que la utilización de un determinado elenco de técnicas sino un modo de entender a la persona y su conducta basado en los principios del Conductismo clásico (Pavlov y Watson), moderno (Skinner, Bandura) y actual (Eysenck, Staats, Ardila, Meichenbaum).

Los desarrollos actuales del conductismo y la terapia de conducta se mueven entre dos polaridades más o menos extremas, los que defienden los principios conductistas más radicales (Conductismo Radical de Skinner), los que combinan principios conductistas y cognitivos (Psicólogos Cognitivos-Conductuales (Beck, Ellis.) y aquellos que se consideran ajenos al conductismo, aunque conectados históricamente al mismo (Psicólogos Cognitivos-Constructivistas como Mahoney y Guidano). Estos tres grupos a su vez suelen ser denominados en la psicoterapia como pertenecientes a la Modificación de Conducta. Aunque sus objetivos filosofías y métodos suelen ser diversos, por lo general son complementarios, al intervenir sobre distintos niveles, áreas o dominios conductuales

A continuación pasaremos a revisar el modelo propuesto por A. Beck.

1.3.3 El Modelo Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo conductual es un procedimiento activo, directivo estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones, por ejemplo la depresión, la ansiedad, fobias, problemas relacionados con el dolor etc.. Se basa en supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1983 y 1985).

Sus cogniciones (eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. El Objetivo del modelo cognitivo conductual en la depresión es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- 1.- Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos. Es decir aprender a identificar y detener los pensamientos negativos que automáticamente se producen ante un evento.

2.- Identificar las relaciones entre cognición, efecto y conducta. Donde el pensamiento va a tener un efecto sobre la conducta de la persona. Si el pensamiento es positivo la conducta será positiva y si el pensamiento es negativo la conducta será negativa.

3.- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados. Aquí la persona, una vez identificadas sus cogniciones distorsionadas revalora si dichas cogniciones le ayudan o no a su vida diaria.

4.- Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas. Es decir los pensamientos erróneos que posea la persona, serán suplantados por pensamientos efectivos.

5.- Aprender y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. A través de la triple columna la persona aprende a identificar que pensamientos son reales y cuales están distorsionados por ella, con lo cual la persona es capaz de transformar los pensamientos negativos en pensamientos reales y auténticos.

Ahora bien, el modelo cognoscitivo elaborado por Beck (1975, 1976 y 1979), atribuye un papel fundamental al pensamiento y juicio de los pacientes depresivos en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, según Beck cada persona tiene un “esquema”, una forma de pensar con la que enfoca y experimenta la vida. Por lo cual sugiere, que existe una alteración previa en la manera de pensar que precisamente provoca el desarrollo de la alteración del estado de ánimo.

De acuerdo con Beck, las personas que desarrollan una depresión tienen esquemas de autodesprecio y de autoacusación, esto las lleva a etiquetar los acontecimientos ajustándose a los esquemas previos.

Entre las maneras de pensar que Beck considera características de los pacientes depresivos se pueden enumerar las siguientes: la subestimación de uno mismo, las ideas de pérdida, la autocrítica, la autoinculpación, las ideas

exageradas del deber, de la responsabilidad, frecuentes autoimposiciones, mandatos, deseos de huir y de suicidarse.

Los principales errores lógicos en que incurren los pacientes depresivos son según Beck:

- Las deducciones arbitrarias: se trata de la tendencia a sacar conclusiones negativas de hechos intrascendentes.
- La abstracción selectiva: esta actitud consiste en concentrarse en un aspecto de la situación tomado fuera de un contexto y llevado a la exageración.
- La generación excesiva: este error es consecuencia de llegar a conclusiones de carácter general fundadas en experiencias o accidentes concretos, a menudo de escasa importancia.
- Minimizar o magnificar eventos: es decir los propios aciertos se minimizan y los desaciertos se magnifican. Este es el caso de las personas que exageran sus dificultades y sus limitaciones y minimizan sus logros y sus capacidades.
- Los imperativos categóricos tales como: “debo”, “tengo que”, cierran las posibilidades de otras conductas alternativas.

Estos errores cognoscitivos hacen que el individuo tenga una visión negativa de si mismo, de las experiencias pasadas y presentes y de sus expectativas ante el futuro. Para Beck los desordenes depresivos son el resultado de la atención selectiva prestada a un grupo de pensamientos que aparecen de manera automática en el individuo sin que los perciba adecuadamente. Estos pensamientos específicos se caracterizan por ser disfuncionales. Son mensajes compuestos por pocas palabras o, en ocasiones, por solo una imagen visual. Entran de golpe en la mente y a menudo se expresan en términos tales como “habría de”, “debería de” o “tendría que”. Son pensamientos que tienden a la dramatización.

Este tipo de pensamientos generan en el individuo emociones dolorosas y desagradables, y para evitarlos es fundamental que el individuo aprenda a percibirlos y modificarlos. Podemos decir que este modelo psicológico, propone un cambio de conducta en el individuo a través de tres etapas: el primer paso consiste en una autoexploración, durante la cual el terapeuta y el paciente colaboran recolectando datos que le permitan a éste describir como sus actitudes y pensamientos influyen en sus problemas. En una segunda etapa, el paciente es entrenado para desarrollar nuevos pensamientos y conductas, es aquí cuando el individuo logra “hacerse dueño” de su conflicto y asumir la responsabilidad del cambio. La tercera y la última etapa tienen en cuenta los conocimientos y sentimientos del cliente respecto al cambio que ha operado.

Otra ventaja de este modelo, es la duración del tratamiento, que generalmente es corta. Esto lo hace un modelo eficaz en el tratamiento de algunas alteraciones psiquiátricas como la depresión, ansiedad y fobias.

Como se ha podido observar cada uno de los modelos revisados anteriormente muestran que el paciente puede evitar y/o enfrentar situaciones ante las cuales se encontraba indefenso, con la terapia adecuada será capaz de enfrentar la dificultad y superarla. Para así vivir de una manera más cómoda.

Por lo tanto y debido a que nuestra forma de trabajo se adapta mejor al modelo cognitivo conductual, por ser un método eficaz para modificar los estados de ánimo en tiempo relativamente breve, además de ser según las investigaciones clínicas, (Burns, 1999), la forma más eficaz, en comparación con la terapia con drogas antidepresivas en el tratamiento de la depresión. Se decidió elaborar bajo esta corriente el taller vivencial que forma parte de nuestra propuesta para superar la depresión.

Hasta aquí hemos revisado de una manera muy general los modelos psicológicos que abordan a la depresión, ahora enfocaremos nuestra atención al objetivo principal del trabajo, que es el de revisar la depresión en las mujeres.

1.4 ¿Por Qué Las Mujeres Sufren Más Depresiones?

El riesgo de sufrir depresión es mayor para la mujer que para el hombre, según los especialistas del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de Norteamérica. Esta apreciación es globalmente compartida.

El número de mujeres que sufren de depresión es el doble que el de los hombres. Esta proporción de dos a uno no depende de factores raciales o culturales ni de la situación económica. La misma proporción existe en países del mundo con condiciones socioeconómicas y culturales muy diferentes.

Los especialistas trabajan sobre la hipótesis de que una variedad de factores únicos en la vida de la mujer juegan un papel muy importante en la depresión. La investigación hoy en día se concentra en entender estos factores, que incluyen:

- Factores reproductivos, hormonales, genéticos o biológicos;
- El maltrato y la opresión;
- Factores interpersonales;
- Factores socioculturales;
- Ciertas características psicológicas y de personalidad.

Aun así, las causas específicas de la depresión en la mujer no son claras, ya que muchas mujeres que han sido expuestas a estos factores no sufren de depresión.

Al respecto Lara y Acevedo (1998), mencionan que dentro de los factores predisponentes y desencadenantes que tienen un papel muy importante y comprobado, en la especie humana principalmente en la mujer están:

- 1) Historia Infantil: experiencias en la infancia como rechazo, abandono, indiferencia, falta de amor, la muerte de la madre, o de algún familiar

cercano. Estos factores moldean la personalidad. Llevando al individuo a sentirse poco digno de afecto, pesimista, teniendo poca confianza en su capacidad para superar sus problemas.

- 2) Acontecimientos de la vida: dentro de los acontecimientos de la vida podemos encontrar distintos eventos que se presentan en la vida diaria, pudiendo ser positivos o negativos. Por ser de nuestro interés solo nos ocuparemos de aquellos acontecimientos que causan angustia o pesar; dentro de estas situaciones esta la separación o muerte de algún ser querido, perdida de trabajo o salud, la persistencia de dificultades menores por periodos prolongados, separación de los padres, enfermedad prolongado, aborto, problemas relacionados con el alcohol, dificultades sexuales. Los acontecimientos de la vida afectan de manera diferente a cada individuo, esto va a depender del significado que le de cada persona, aunque en la mayoría de los casos suele desencadenar un periodo depresivo.
- 3) Factores biológicos: dentro de estos se encuentran los cambios físicos que ocurren en la adolescencia, así como los periodos de posparto y la menarquia.
- 4) Condición social de la mujer: esto se refiere principalmente a la forma en que son educadas las mujeres, ya que se les enseña a ser sumisas, pasivas y dependientes; tienen poca libertad, se les exige mayor responsabilidad (como cuidar a los padres si son mayores o están enfermos). No se les permite expresar libremente su enojo, se les enseña que el hombre es más valioso, fuerte e inteligente lo cual trae como consecuencia que la mujer tenga que atender a papás y hermanos, que no se tome en cuenta su opinión, se le da poca importancia a su educación académica, se permite que los hermanos tengan autoridad sobre ellas, que sean ellas las que tengan que colaborar más en las labores del hogar, cuidar hermanos menores, todo esto va preparándole terreno para que ante una crisis, la mujer caiga en un periodo depresivo.
- 5) Factores Sociales: se tiene la idea que solo siendo madre se vera realizada como mujer, por lo que esta, nunca se pregunta, si en realidad quiere tener hijos, cuantos y cuando. Se les limita a escoger otras cosas

que también podrían satisfacerla, se le inculca el ideal de la madre perfecta y abnegada; no hay exigencias sociales por igual hacia los hombres, ya que las madres tienen que ser el sostén emocional y en algunos casos económicos de la familia. La sociedad solo ve en la mujer el papel de madre y sus demás necesidades parecieran no existir (cariño, descanso, reconocimiento, ser admirada).

Tomando en cuenta todo lo anterior y para conocer más acerca del tema, a continuación revisaremos los roles que juega la mujer dentro de sus distintas etapas de vida; como la niñez, la adolescencia, la madurez y la vejez, y de esta forma tener la información de cómo se va desarrollando el proceso de la depresión en la mujer.

CAPITULO I I

CICLO DE VIDA, GÉNERO Y DEPRESIÓN EN LA MUJER

“No se nace mujer se llega a serlo, ningún destino biológico, físico o económico define la figura que resiste en el seno de la sociedad la hembra humana; la civilización en conjunto es quien elabora ese producto inmediato entre el macho y el castrado al que califica como femenino”

Beauvior.

2.1 El género

El papel que juega la mujer tal y como veremos, se forma en gran parte durante la infancia por lo cual es necesario considerar tanto los ideales prescritos como la enseñanza que reciben las niñas y las oportunidades que se les brindan para alcanzar los ideales, es decir revisaremos el papel que juega el género para la adquisición de la personalidad en la mujer y como este influye en su posterior desarrollo

El género puede describirse como una construcción social que moldea la conducta de hombres y mujeres; en nuestra sociedad actual puede entenderse como las formas en que los roles sexuales son elaborados culturalmente en valores, creencias y tareas generales que asignamos a los hombres y a las mujeres (Warren, 1988; citado en Medina, 1996 pp. 27-30) el género afecta la forma en que hombres y mujeres se perciben a si mismos, como perciben a otros y son a su vez percibidos por estos; moldea el estilo de vida, el significado que el grupo social atribuye a las conductas y sus consecuencias.

Lamas (1986) y Bleichman (1991), mencionan que el género es una categoría múltiple que se articula en tres partes:

1. Asignación de género: la asignación se da a partir de la apariencia externa de sus genitales en el recién nacido. Y dependiendo de si es niño o niña desarrollarán los estereotipos de masculinidad o feminidad en la familia para la educación y comportamiento ante la sociedad.
2. Identidad de género: el esquema ideóafectivo más primitivo, consciente e inconscientemente de la importancia de pertenencia a un sexo y no al otro. Esta identidad de género se establece a la misma edad en que el infante adquiere el lenguaje (2 o 3 años) y anterior a un conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. Tal identidad en el pequeño estructura su experiencia vital; el género al que pertenece es identificado en todas sus manifestaciones, actitudes y comportamientos. El sentimiento de tener un núcleo de identidad de género proviene de:
 - La percepción despertada naturalmente por la anatomía y fisiología de los órganos genitales.
 - La actitud de los padres, hermanos y parientes en relación al género del niño.

La identidad de género que se ha desarrollado en las mujeres no permite su realización como seres completos, ya que su sentido de vida ha sido restringido al amor (erótico-maternal), que paradójicamente no puede alcanzarse en plenitud por la condición de opresión en que viven las mujeres sometidas a la reproducción (Hierro, 1990).

3. Rol de género: se define como el conjunto de expectativas de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado, es decir, la estructura social que prescribe una serie de funciones propias para el hombre y la mujer. Este papel o rol de género se forma en el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino.

La familia de acuerdo con Yates (1983) es la principal institución que establece los roles para todos sus miembros, lo que les va a determinar su código de conducta, sus gestos, sus actividades totales a cada uno, tales funciones suponen la formación de la personalidad a través de los estereotipos sexuales: femenino (inferior), masculino (jerárquicamente superior), lo que va conduciendo los rasgos de carácter mejor adaptados para cubrir sus necesidades de dominio para los grupos de poder al masculino y de sometimiento para el femenino. La agresividad, la inteligencia, la fuerza física y la eficacia se fomenta en los hombres, mientras que para la mujer se fomenta todo lo contrario, en todas y cada una de las etapas de su vida, tal y como veremos a continuación.

2.1. 1 El género en la niñez

Si bien es cierto que la mujer trae implícito el ser femenina, producto de la sociedad desde el nacimiento o antes si es posible (con la ayuda del ultrasonido) se le etiqueta al pequeño a ser niño o niña y culturalmente es preparado para que cumpla con ese rol. El color rosa si es mujer y azul si es hombre.

Según parece los primeros dos o tres años de la infancia de la criatura, será tratada de igual forma (cuidados, protección, cariño), conforme avanza la edad, la diferenciación de tratos y actitudes se acentúa, al niño se le prepara para que sea independiente, a la niña es todo lo contrario; pues se le sigue "halagando", se le permite vivir junto a las faldas de la madre, el padre la sienta sobre sus rodillas y le acaricia el cabello, la visten con ropas suaves como besos, son indulgentes con sus muecas y coqueterías; los contactos carnales y miradas complacientes son frecuentes, además de que se le protege contra la angustia y la soledad (Beauvior, 1994). Mientras que para el niño nada de esto está permitido, ya que se le prepara para enfrentarse al mundo solo.

Díaz-Guerrero (1994) y Aguilar de E. (1992), concuerdan en que es característico que a las niñas desde pequeñas se les etiquete como seres

frágiles y dóciles, evitándoles los juegos bruscos denominados exclusivos para los niños como trepar árboles, pelear a golpes o enfrentar juegos violentos lo que le va a permitir el aprendizaje del libre movimiento hacia el mundo exterior, su cuerpo no es usado como medio para dominar la naturaleza, que podría llevarlas a ser emprendedoras creativas y atrevidas. A ellas se les prepara para ser una verdadera mujer y ser aceptada en la sociedad, se le permite jugar con otras niñas y tiene como juguete principal a la tradicional muñeca que representa a su cuerpo en su totalidad, la pasividad con que la niña la peina, la adorna, la mima puede ser considerado como el trato que ella espera para si de los demás. Asimismo significará a su hijo(a) cuando la castiga, la regaña o le pega, es a través de este juego que la niña va adquiriendo experiencias previas que parece ser su destino final que culturalmente se le ha ido inculcando: ser madre.

A través de cumplidos, represiones, imágenes, palabras aprenderá que debe agradar a los demás, ser linda como una imagen; por lo cual se arreglará, se pintará y se mirará al espejo comparándose con una princesa de un cuento. De esta forma surgirá desde un principio un conflicto entre su existencia autónoma y su “ser par el otro”; ya que se le ha enseñado a agradar y para esto hay que intentar hacerse objeto, por lo cual tiene que renunciar a su autonomía, es decir dejar de ser sujeto.

La mujer, desde niña aprende a sentirse y concebirse como un objeto y no como un “otro”, como un individuo, nunca dueña de si, se escinde entre lo que es realmente y la imagen que hace de si, una imagen que ha sido dictada por la familia, su escuela, sociedad religión. “Su feminidad jamás se expresa porque se manifiesta a través de formas inventadas por el hombre” (Paz, 1992). La pierde la eficacia y el placer del ejercicio de su cuerpo con el color rosa que las aprisiona en la ropa femenina, con los zapatitos de color blanco y que posteriormente pasarán a ser de tacón, con los calzones de encaje, los ricitos y peinados de moñitos, las muñecas y los pequeños utensilios que lavan para ligarse a su único destino; la maternidad. La primera es la función procreativa y la segunda es el encargo exclusivo del cuidado de los niños en función de una actitud que convierta a las mujeres en “seres para otro” y no

para si mismas; es decir seres sin vida propia dedicadas al servicio de los demás, fomentando una actitud de abnegación, lo que constituye un rasgo de carácter típicamente femenino (Hierro, 1990).

Tratada como una muñeca a la que se le niegan la libertad para poder comprender, captar y descubrir el mundo que la rodea, la niña encontrará menos recursos en si misma y cada vez se atreverá menos a afirmarse como un sujeto, a lograr una autonomía latente en ella. La situación de las niñas, desde aquí no es muy favorable, la adquisición de género en lugar de constituirse en una herramienta que las ayude a mejorar su vida o que les sirva para defenderse, se convierte en una camisa de fuerza, las ata, inmoviliza e impide desarrollar sus potencialidades como seres humanos. Ahora bien pasemos a revisar la situación en la adolescencia.

2.1.2 El género en la adolescencia

La adolescencia es un proceso de maduración y desarrollo, que se incluye dentro de un proceso mucho mayor, que comienza con la vida dentro del vientre de la mamá, y a cuya finalización el individuo habrá formado su identidad, y dentro de ella su identidad sexual.

La adolescencia es el camino entre la infancia y la juventud y todos los individuos la transitan. Es una crisis de vida, necesaria para evolucionar, y como toda crisis rompe el equilibrio previo, el de la infancia, para lograr otro que va a conducir a la adultez.

Barwick y Douvan (1984) señalan que es en la adolescencia donde se da “la primera crisis de la feminidad”, es decir, es un periodo de tensiones y trastornos, es época inestable y agitada durante la cual aumenta la angustia sobre la propia identidad y las propias actitudes. Las niñas son más o menos libres de comportarse como quieran, sin embargo, cuando comienzan a aparecer los primeros cambios físicos que marcan el desarrollo de la pubertad, se espera de las jovencitas un comportamiento nuevo y específicamente delimitado por la sociedad. Se le cierra la puerta de la libertad, ahora se le exige que se quede en casa, que no llegue después de determinadas horas, se

vigilan sus salidas y no se le estimula de ninguna manera para que ella misma decida sobre sus diversiones y placeres.

Las amistades cumplen en esta etapa variadas funciones, como el desarrollo de las habilidades sociales, las cuales le ayudan a enfrentar las crisis y los sentimientos comunes, (Remplein, 1971; Hurlock, 1980; Craighead, 1981). En la adolescente disminuye el número de amigos, en comparación con la pubertad, buscando características afines, las amistades se hacen más estables y también más íntimas; también aparecen las amistades con el sexo opuesto (Calderón, 1994; Hurlock, 1980; Craighead; 1981). La capacidad racional desarrollada junto con la objetividad lograda, permite que las tensas relaciones con los padres y profesores se relajen, admitiendo sus influencias, dependiendo del valor objetivo de su opinión, dándose incluso la relación de amistad con uno de los padres (Remplein, 1971).

Asimismo Díaz-Guerrero (1994), menciona que al llegar a la adolescencia, a la mujer se le inculcan mensajes contradictorios sobre el nexo entre su sexualidad y feminidad, obligada a jugar un doble papel, es “una niña buena” emitiendo ciertas conductas como ser casta, delicada, maternal o virtuosa; lo cual representa un modelo ideal para ser una esposa, sin embargo por el otro lado es incitada a ser la figura sexualizada, teniendo un buen cuerpo, senos y caderas grandes, vestir ropa sexy y estrecha que le servirá para atrapar al hombre ideal. Esto hace que las adolescentes caigan en el sentimiento de culpabilidad, el principal encanto de la feminidad es de orden sexual, y la prueba de esto es que se les pide ser lo más sexualmente apetecible, por un lado, y por el otro, debe ser inocente para poder ser dignas tanto de su familia como de su pareja. Niñas y mujeres se juzgan según sus responsabilidades y su capacidad para cuidar de otros al igual que de si mismas.

2.1.3 El género en la adultez

Cuando la mujer llega a la edad adulta su existencia se significa en aquellas áreas que son fundamentalmente vinculables al amor dentro del contexto que genera la constitución de la pareja, el matrimonio y la maternidad.

Estas áreas se instituirán tempranamente como “campos de significación”, desde donde la mujer constituirá su identidad y problemática de ser (Hierro, 1990). Cuando la mujer no alcanza ninguna de estas tres instancias y se queda soltera, tal parece que su vida no queda completa. Pues casarse y procrear hijos ha sido asumido como el destino natural de las mujeres, según dicta la sociedad patriarcal y quien no cumple con este papel aun hoy solo puede inspirar lastima y burla de los demás. Puesto que no se elige la soltería como forma de vida, la propia expresión lo dice “se queda soltera”, es decir se “acepta pasivamente el destino que los demás le imponen, puesto que ningún hombre considero a la susodicha digna de llevar su nombre, ni remendar sus calcetines” (Castellanos, 1973 pp. 47).

Todo lo aprendido en la niñez y la adolescencia, de acuerdo con De Barbieri (1983) hace que la mujer adulta evite exigir lo que necesita, pues no se siente con derecho a que sus necesidades sean satisfechas, o prefieren esperar a que primero estén bien los suyos para después pedir algo y de esta forma no sentirse egoístas. Sin embargo esto no es en todos los casos; en algunas ocasiones la mujer tiende a mostrar una imagen de desvalida y dependiente como forma de atraer a su hombre.

Castellanos (op. cit.) describe a la mujer, como a la que aparece en las sagradas escrituras; por su pureza prenupcial, su fidelidad al marido, por su devoción a los hijos, por su laboriosidad en la casa, por su cuidado y prudencia para administrar un patrimonio que ella misma no estaba capacitada para heredar y poseer. Sus virtudes son la constancia, la lealtad, la paciencia la castidad, la sumisión, la humildad, el recato, la abnegación, el espíritu de sacrificio como si poseer estos valores, atribuibles a la mujer (en su papel de madre) le permitiera tener más valor ante los que la rodean.

Ya que el matrimonio es considerado por la mujer “como un momento de quiebre que tiene carácter de trauma”, lo que marcara la entrada a la responsabilidad plena de un hogar con el trabajo doméstico, el esposo y posteriormente la de los hijos. Sin embargo, como culturalmente se le ha educado para servir a otros, se acepta pasivamente dicha situación e incluso si la mujer tiene un trabajo remunerativo o esta en pleno desarrollo de su carrera

es capaz de dejarlo o truncarla, dado que su razón de ser significará, tener un hijo (De Barbieri, 1983).

Como podemos observar, la cuestión género sigue siendo desigual para la mujer, aun en su etapa adulta, puesto que a la mujer adulta por cuestiones de género se le sigue adjudicando más responsabilidades y más limitaciones para su desarrollo personal lo cual hace que algunas mujeres cada día que pasa se sientan frustradas y agobiadas por el peso de sus responsabilidades.

2.1.4 El género en la vejez

La senectud es un periodo que va desde el momento en que un organismo cesa de reproducirse, hasta que muere. El ser humano padece estos inconvenientes en su organismo y va sufriendo los impactos psicológicos correspondientes. La vejez es la suma de la senectud biológica y de las consecuencias psíquicas, del percatarse de que la muerte se va acercando. Se da de manera diferente en los distintos sujetos y esta ligada a la forma en que se había encarado previamente la vida, el trabajo, las relaciones emocionales y los intereses. La mujer adulta que envejece se ve forzada a encarar la incertidumbre profesional y social, la variabilidad o desaparición de los afectos y la fragilidad de las relaciones con sus semejantes. En la vejez disminuye significativamente su capacidad física de la persona, pierde el trabajo, la posición económica, mueren amigos y familiares pérdidas que se viven con gran dramatismo; el tiempo subjetivo se acorta sensiblemente, sobre todo en los periodos largos como estaciones o años, hay conciencia de una mayor cercanía de la muerte. No solo se es vieja, sino que se *siente* vieja, la *tratan* como a una vieja y ve que sus coetáneos mueren por que *son* viejos. Pero todo esto no es nada comparado con el vacío que experimenta la mujer madura ante la partida de los hijos, lo cual trae episodios depresivos que en ocasiones son letales. El “nido vacío” se hace presente de dos formas, la pérdida de los hijos y el sentimiento de ser inservible.

Los cambios actuales de papel que experimentan las mujeres podría explicar en un gran porcentaje de las mismas la sintomatología depresiva, en el sentido de no ser capaces de sobrellevar las nuevas exigencias. La depresión

así establecida supondría una respuesta ante esa nueva complejidad. Si bien parece aceptado de una manera plena la existencia de una diferencia de prevalencia en el trastorno depresivo con una mayor predominancia en la mujer, los factores que puedan estar permeando dicha distinción no están claramente definidos. Antes bien, la acción conjunta de causas biológicas, culturales y sociales debe ser contemplada como origen de esta diferencia en lo concerniente al género. De esta forma es importante revisar como la depresión afecta a la mujer en las distintas etapas de su vida.

2.2 La depresión en la mujer en las etapas de su vida.

De acuerdo con la American Journal of Psychiatry (1999) por lo menos el 15% de personas en la población general sufrirá en algún momento de su vida un periodo depresivo. A pesar de constituir una condición típica de la edad adulta, la depresión puede aparecer en cualquier edad.

Tales cifras traducidas en términos económicos, son alarmantes, tan solo en Estados Unidos existen 18 millones de individuos afectados, originando gastos anuales por más de 43 millones de dólares. Por eso los expertos consideran que el impacto global de los trastornos depresivos es comparable al generado por la enfermedad coronaria y supera en ese sentido a la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y los desordenes articulares (AACAP¹, 1999). Además según las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, dentro de 20 años la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo entero, tan solo después de las afecciones Cardiovasculares.

Dada la magnitud de esta enfermedad es necesario conocer y revisar las causas que generan depresión, principalmente en las mujeres en sus distintas etapas de vida.

¹ American Academy of Children and adolescent Psychiatry

2.2.1 La depresión en la infancia

El concepto de depresión infantil se forma como tal en 1987 como un conjunto de síntomas que forma un síndrome. Para algunos niños la depresión puede llegar con la pubertad. Pero también los más pequeños – incluso infantes y niños que apenas empiezan a andar—pueden sufrir depresión. La depresión infantil puede surgir a causa de “cambios importantes y estrés” (Carrasco,1998), como resultado de la pérdida de los padres, un divorcio, o problemas familiares, entre otros. La depresión también puede estar relacionada con situaciones no aparentes tales como discapacidades en el aprendizaje o problemas de salud mental. El niño puede presentar alguna de las siguientes características:

- Continúa estando triste, llora con más facilidad.
- Ha perdido interés en el juego o en la escuela.
- Se aísla de sus amigos y de la familia.
- Está cansado, con menos energía o concentración.
- Se muestra irritable; por ejemplo, se pone “demasiado sensible” frente a pequeñas frustraciones.
- Continúa estando montando rabieta o berrinches.
- Hace comentarios despectivos hacia su propia persona.
- Representa “finales tristes” cuando juegan.
- Jugar puede resultar demasiado abrumador, y el niño puede llegar a tirar los juguetes o a comportarse de modo agresivo.
- Tiene dolores de estómago o de cabeza con frecuencia.
- Duerme más o tiene problemas para dormir.
- Come más de la cuenta, o come poco.
- Parece que está sufriendo una regresión, como por ejemplo, no puede hablar con oraciones completas o se orina en la cama.
- Habla de suicidio.

Con infantes y niños de hasta tres años, las señales incluyen a esos niños que “parecen tristes o decaídos aún cuando se les esté consolando” dice Bowlby (1988), “puede que se peguen desesperadamente a quien se ocupa de

ellos o que dejen de comunicarse". Breton (1998) agrega que la depresión en infantes y niños de edad tan temprana esta siempre conectada con el cambio o perdida de la persona responsable de su cuidado, o cuando quien les cuida no es capaz de responder a sus necesidades.

Ahora bien, pasemos a la siguiente etapa de crecimiento en la mujer para ver como es afectada por la depresión.

2.2.2 La depresión en la adolescencia

En la adolescencia es común encontrar rasgos depresivos y un cuadro claro de depresión como se da en otras etapas de la vida. Al comienzo de la adolescencia, estas cuestiones se comparan con las de un niño y hacia el medio y al final de la adolescencia sugieren la depresión de un adulto. Haciendo que las formas depresivas del adolescente sean difíciles de distinguirse, en toda adolescente hay en una forma explicita o subyacente, tristeza, agitación y cólera. Se observa un sentimiento de inutilidad y de pesimismo. ¿Quién no ha visto adolescentes pasando largas horas estirados o sentados, listos a apasionarse, pero que aparecen invadidos por un aburrimiento o desinterés a veces difícil de movilizar? Esto sugiere un sentimiento de culpa o de humillación, de decepción y de aislamiento, en el que la poca estima de sí mismo alterna con momentos de omnipotencia triunfante (Aguilar 1992).

Los cambios de humor son un hecho, pero la mayoría presenta una afectividad depresiva estable. ¿Entonces cuando es un fenómeno normal y cuando se trata de la enfermedad depresiva? Ciertos elementos presentes en la depresión son parte constitutiva de la adolescencia: la separación, ruptura de lazos y/o pérdidas.

La joven inicia la separación de sus padres y de sus antiguos vínculos, en beneficio de nuevos encuentros. Sin embargo, debido a estos hechos, los lazos de dependencia profundos se rompen y cambian. La adolescente pierde la relativa quietud de la infancia. Su cuerpo va cambiando de una manera que se siente brusca, así como su manera de sentirse en relación a si misma y a

los demás. A veces estos cambios le ocasionan malestar que no sabe como manejar, que no alcanza a ser compensado por sus potencialidades nacientes y el acceso a nuevos placeres (Stark, 1990).

La adolescente pierde la unión con su madre tal como la sentía antes, lo cual le causa un dolor profundo que muchas veces va disimulado, pero que esta presente. Los padres cambian en cuanto al lugar que ocupan mentalmente para la joven, tanto como figuras de identificación como en cuanto a la relación de dependencia que sostenía con ellos (Cueli, 1990.).

Todas las transformaciones que ocurren en ella, con respecto a sus anteriores formas de ser, que ya no son vigentes y que dan paso a otras nuevas, se sienten como pérdidas. Además la joven siente una confrontación permanente entre lo que quisiera ser idealmente y lo que puede permitirse en la realidad, entre los padres reales y los padres ideales.

El aislamiento, el encerrarse y el entrecimiento asociados a actividades reducidas al mínimo y los accesos de pesimismo no son raros en las adolescentes (Sabanés, 1994). Estas actitudes evocan lo que ha sido descrito como una respuesta ante el peligro, en particular ante el peligro de ruptura de los lazos de dependencia, con un afecto depresivo de base.

La monotonía, falta de interés, fatiga, todas evocan el aburrimiento, el cual parece disimular los conflictos internos y las angustias que vive la adolescente. A menudo el aburrimiento puede considerarse como una defensa frente a la depresión. Lo cual se revisara de forma más profunda en el capítulo de adolescencia y depresión, por lo tanto pasaremos a revisar la siguiente etapa en el desarrollo de la mujer.

2.2.3 La depresión en la adultez

La depresión es una enfermedad incapacitante, ocurre tanto en las mujeres como en los hombres, pero la tasa de incidencia en la mujer es casi el doble que en el hombre. Actualmente se siguen realizando estudios para investigar si las características particulares de la mujer, factores biológicos, ciclo de vida, aspectos psicosociales pueden ser causas de la alta incidencia

de depresión en las mujeres (Bacot, 1991). La depresión afecta a cada persona de una manera diferente, muchas mujeres solamente manifiestan algunos de los síntomas, los que pueden variar en severidad y duración, para algunas, los síntomas se manifiestan en episodios cortos, para otras, los síntomas pueden durar por mucho tiempo si no se obtiene tratamiento. Tener algunos síntomas de depresión no significa que una persona está deprimida clínicamente, por ejemplo, es normal que quien haya perdido a un ser querido se sienta triste y no muestre interés en las actividades cotidianas, si estos síntomas persisten por un periodo largo, (mas de dos semanas) entonces se puede sospechar que la tristeza se ha convertido en depresión. De igual manera, vivir con el estrés de la posibilidad de perder el empleo, de exceso de trabajo, de problemas económicos o problemas familiares, puede causar irritabilidad y cambios en el estado de ánimo. Hasta cierto punto, sentirse desanimada es simplemente parte de la vida. Pero si la mujer siente estas cosas por mucho tiempo y con mayor intensidad y llega a afectarse su vida cotidiana, entonces lo que parecía un cambio en su estado de ánimo, puede convertirse en una condición clínica (Fernández y Carboles, 1981) .

Los siguientes puntos se han definido como factores que contribuyen a la depresión: perdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas económicos, o un cambio significativo en la vida, a veces el comienzo de la depresión ha sido asociado con el de una enfermedad física aguda o crónica. Además una tercera parte de las personas con cualquier tipo de trastorno depresivo también exhibe de alguna manera un trastorno de alcoholismo o farmacodependencia (Rowe, 1996).

Las mujeres con ciertas características tales como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva, son propensas a padecer depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas, la crianza y las expectativas relacionadas con el sexo femenino pueden contribuir al desarrollo de estos rasgos. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia. Algunos

expertos como Mahoney, (1991) han sugerido que la crianza tradicional de las niñas puede fomentar estos rasgos y posiblemente es un factor determinante en la alta incidencia de depresión en la mujer, ya que esta forma de criar y enseñar tienen muchas desventajas para la mujer en donde solo se le ve como un objeto.

Se sospecha que una variedad de factores únicos en la vida de la mujer juegan un factor muy importante en la depresión, la investigación hoy en día se concentra en entender estos factores, que incluyen factores reproductivos, hormonales, genéticos o biológicos, el maltrato y la opresión; estos factores interpersonales y, ciertas características psicológicas y de personalidad, aun así, las causas específicas de la depresión en la mujer no son claras, ya que muchas mujeres que han sido expuestas a estos factores no sufren de depresión.

El estrés en general puede contribuir a la depresión en las personas que están predispuestas biológicamente a la enfermedad, estos factores de estrés incluyen las responsabilidades primordiales en el hogar y el trabajo, ser madre soltera, el cuidado de los niños y padres ancianos. En la mujer adulta la incidencia de depresión es mayor en aquellas que están separadas o divorciadas, así como por la falta de una relación de intimidad y confianza, en combinación con problemas maritales graves, de hecho se demostró que las tasas de incidencia de depresión más altas son en las mujeres con matrimonios infelices.

Otros factores que influyen a generar depresión en la mujer son: el ciclo menstrual, el embarazo, el puerperio, la infertilidad, la menopausia y a veces, la decisión de no tener hijos. Las fluctuaciones en el estado de ánimo durante el puerperio pueden variar desde "bajas" pasajeras del estado de ánimo que ocurren inmediatamente después del parto, hasta episodios de depresión grave que se transforma en depresiones severas. Estos acontecimientos causan depresión. Investigaciones han confirmado que las hormonas afectan las sustancias químicas del cerebro que controlan las emociones y los estados de ánimo (Burns, 1999; Cyranowski y cols 2000).

De acuerdo con Weisman y Klerman (1977), las discriminaciones y desigualdades sociales determinan una situación de indefensión legal y económica, dependencia de los otros y deterioro de las aspiraciones y la autoestima, que con el tiempo lleva a una depresión clínica por parte de las mujeres. Asimismo las imágenes estereotipadas o condicionadas socialmente generan en la mujer un conjunto de ideas que se oponen a su autoinformación, oposición a la que contribuyen las expectativas sociales, los clásicos valores de la "feminidad" aparecen entonces como una variante de la "indefensión adquirida" característica de la depresión, dicho estado de dependencia la incapacita a ayudarse a si misma tal y como lo señala Ariete (1990), lo cual la hace más vulnerable a determinados hechos que actúan como factores desencadenantes de la psicopatología, la sensación de indefensión y la incapacidad de encontrar posibilidades substitutivas pueden reactivar una vivencia original de pérdida irreparable o inminente.

Habiéndoseles negado la posibilidad de desarrollarse en muchas áreas, algunas mujeres intentan recuperar poder mediante prácticas erróneamente conceptuadas como femeninas más que masculinas como: la atracción sexual, el arte de la seducción y el amor. Aquellas que temen perder dichas funciones al llegar la menopausia se transformaran en presa fácil de la melancolía.

2.2.4 La depresión en la vejez

Para muchas personas la vejez es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico, un resumen de lo que se ha vivido hasta el momento, y logra felicitarse por la vida que ha conseguido, aún reconociendo ciertos fracasos y errores. Es un periodo en el que se goza de los logros personales, y se contemplan los frutos del trabajo personal útiles para las generaciones venideras.

La vejez constituye la aceptación del ciclo vital único y exclusivo de uno mismo y de las personas que han llegado a ser importantes en este proceso.

Supone una nueva aceptación del hecho que uno es responsable de la propia vida.

En la vejez concurren una serie de factores de diversa índole que pueden favorecer la aparición de la depresión. Entre ellos se encuentran:

- Pérdida de salud que acontece con la edad. En muchas ocasiones ésta pérdida de salud condiciona deterioro funcional con tendencia a la dependencia física y pérdida de autonomía.
- Presencia de enfermedades crónicas, pérdidas de familiares, amigos y seres queridos en ocasiones acompañadas de reacciones de duelo patológicas.
- Merma de la capacidad económica.
- Pérdida de roles en el seno de la familia con la salida de los hijos y un papel menor del abuelo dentro de la misma.
- Cambios con la llegada de la jubilación, que condiciona un cambio brusco en la actividad y relaciones sociales.
- Factores biológicos presentes, aunque no suficientes para la depresión. Entre ellos se han implicado cambios en la estructura cerebral, neurotransmisión, sistemas hormonales. Se ha postulado que pudieran ser un factor de vulnerabilidad.

A pesar de ello el envejecimiento no es sinónimo de depresión. No se deben confundir el envejecimiento normal con la presencia de una enfermedad por más que en ocasiones estén presentes una mayor introversión, reiteración y presencia del pasado en algunos ancianos. Es decir, ni todos los ancianos están deprimidos ni los síntomas de una depresión cuando aparecen en una anciana, son "normales" para su edad (Gross, 1994; Thompson, 2002).

Está claro que envejecer es la etapa del desarrollo humano que más nos cuesta asumir y que enfrentamos con más temores, ya que frecuentemente se asocia con incapacidad y postración. Este estigma nos impide prepararnos en forma óptima para una etapa natural y que puede ser tan realizadora como cualquier otra. Según las arbitrarias estadísticas, la adultez mayor empieza a los 65 años, cuando la mayoría de la gente se siente

activa, útil y bastante reacia a asumir que son parte de la tercera edad. La falta de actividad mental y física y la aparición de algún problema motor pueden acelerar el desarrollo de un cuadro depresivo.

Ahora bien pasemos a revisar con mayor profundidad la relación existente entre depresión y adolescencia en nuestro siguiente capítulo.

Capítulo III

ADOLESCENCIA Y DEPRESIÓN EN LA MUJER

“La adolescencia es una construcción social, se sitúa entre los márgenes movedizos de la dependencia infantil y de la autonomía adulta, en límites imprecisos de la inmadurez y la madurez sexual, de la formación de las facultades mentales y de su florecimiento, de la ausencia de autoridad y de la adquisición de poderes, aunque más que una evolución fisiológica tiene determinaciones culturales que difieren según las sociedades humanas y las épocas en donde cada sociedad establece un orden y un sentido este transitorio y a veces desordenado y caótico momento conocido como crisis adolescente”(Rivera, 2002).

De acuerdo con López (2000), el aumento de la incidencia de depresión en las mujeres comienza en la adolescencia, cuando los roles y las expectativas cambian dramáticamente. Antes de la adolescencia, casi no hay diferencia en la incidencia de depresión entre los niños y las niñas. Pero entre las edades de 11 y 13 años, las mujeres tienen un alza precipitada. Al llegar a los 15 años, las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de haber experimentado un episodio depresivo serio (Cyranowsky, 2000). En esta etapa se presentan varios factores estresantes como son la formación de la identidad, además el impacto de la sexualidad, la separación de los padres y la toma de las propias decisiones por primera vez, sumado a otros cambios físicos, intelectuales y hormonales. Estos factores estresantes son diferentes para varones y mujeres y pueden asociarse con más frecuencia con depresión femenina (Lewishon y Cols, 1986; López 2000).

Está claro que ser varón o mujer biológicamente depende de factores genéticos, pero serlo social y psicológicamente depende en gran medida de

factores ambientales, experienciales y de aprendizaje. Las expectativas sociales determinan de gran manera las formas de pensar, sentir y actuar de los seres humanos en una sociedad determinada. Desde los estudios transculturales de la antropóloga Margaret Mead citada en Mussen (1985), se ha podido demostrar que el comportamiento femenino, así como el masculino, responde a una convención social por lo que es posible distinguir sexo como un término biológico de género como concepto psicológico, cultural y como una categoría que se construye socialmente.

También está bastante claro que la socialización diferencial para cada sexo lleva a internalizar el género, que corresponde al comportamiento que socialmente se ha establecido como esperable y adecuado para varones y mujeres.

Así, cada cultura ofrece a la mujer una imagen de sí misma, que se constituye en un estereotipo y en una serie de roles que se espera adopte. En la sociedad occidental este estereotipo ha caracterizado tradicionalmente a la mujer como psicológicamente dependiente, insegura, sumisa, intuitiva, irracional, emotiva, inestable, tierna, abnegada, débil y pasiva. Junto con estas características atribuidas a las mujeres, existe una división de tareas socialmente definidas, que conforman los roles sexuales, en la cual la mujer se especializa en las actividades correspondientes a la reproducción humana y social. Dentro de esta función, la maternidad adquiere primordial importancia, ya que es asociada como la esencia misma de la mujer, sinónimo de ella. Tradicionalmente aparece la maternidad como la única o la mejor vía de desarrollo de la mujer, especialmente en los países de América Latina.

El modelo cultural define a las actividades domésticas como propiamente femeninas, las que no tienen carácter de actividad económica, son un "no-trabajo", considerado servicio afectivo "por amor", apropiado para mujeres e indigno o humillante para varones.

Además, estos roles que se le atribuyen a la mujer, madre-esposa-dueña de casa, están en función de las necesidades de "los otros", satisfaciendo o no las propias, pudiendo tener costos significativos para su bienestar psíquico.

La expresión de los problemas emocionales en la adolescencia se refleja en que las mujeres tienen más tendencia a deprimirse, abusando del alcohol y las drogas así como a tener conductas más arriesgadas y agresivas,

Esto parece ser un factor trascendente en el desarrollo de un malestar psicológico de la mujer, que a partir de la adolescencia, se mantiene a lo largo de toda su vida y podría ser la fuente de una "psicopatología de género" (López y Rico, 1992)

La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones. Este estado es común en las adolescentes como consecuencia del proceso normal de maduración, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres. También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con el novio o el fracaso en la escuela. Las adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticas o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan dichos sucesos. Sin embargo López Sánchez (2002) considera que más allá de considerar la etiología clásica, sería mejor observar las circunstancias que acompañan la construcción de la identidad de los varones y las mujeres, lo cual marcará la forma en que estos enfrenten los sucesos en su vida.

A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a que su comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo, con períodos alternos de "el mundo es un sitio maravilloso" y "la vida apesta" (Remplein, 1971; Araujo 2002). Estos estados de ánimo pueden alternar en períodos de horas o días.

Las crisis juveniles, pueden adoptar una de dos formas. La primera se expresa como un "sentimiento de vacío", una falta de autodefinición, que se asemeja según su descripción verbal a un estado de despersonalización, lo que genera un alto grado de ansiedad (Mussen, 1985).

La segunda clase tiene su fundamento en repetidas experiencias de derrota a lo largo de un espacio de tiempo, esto puede deberse a los numerosos cambios que presenta al mismo tiempo la vida de la adolescente pues en pocos meses sufre una profunda transformación de su cuerpo (Marcielli, 1992); la pubertad modifica completamente el conocimiento que la niña tenía de su cuerpo.

En esta etapa es donde se genera el mayor número de depresiones, teniendo su mayor índice entre los 16 y 19 años (Papalia, 1998), como trastorno es persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el abuso de sustancias y otros comportamientos negativos. El exceso en el dormir, cambio en los hábitos alimenticios, incluso el comportamiento criminal (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Otro síntoma común de la depresión adolescente es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir (López 2002).

Entre los factores de riesgo que pueden desencadenar depresión en la adolescente se encuentran eventos de la vida, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, abuso infantil, atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión, los síntomas son los siguientes (DSM-IV, 1994):

- ↪ Estado de ánimo depresivo o irritable
- ↪ Mal genio, agitación
- ↪ Pérdida del interés en las actividades, apatía
- ↪ Disminución del placer por las actividades diarias
- ↪ Incapacidad de disfrutar de actividades que solían ser placenteras
- ↪ Cambios en el apetito, por lo general pérdida del apetito pero a veces aumento del mismo
- ↪ Cambios de peso (aumento de peso o pérdida de peso involuntaria)
- ↪ Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio) persistentes
- ↪ Somnolencia diurna excesiva
- ↪ Fatiga
- ↪ Dificultades para concentrarse
- ↪ Dificultad para tomar decisiones
- ↪ Episodios de pérdida de la memoria (amnesia)
- ↪ Preocupación por sí mismo
- ↪ Sentimientos de minusvalía, tristeza o desprecio hacia sí mismo
- ↪ Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados
- ↪ Comportamiento inadecuado (incumplimiento de toques de queda, actitud desafiante poco común)
- ↪ Pensamientos sobre suicidio o miedos o preocupaciones obsesivos sobre la muerte
- ↪ Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio
- ↪ Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable

Si estos síntomas duran por lo menos dos semanas y causan una significativa perturbación o dificultad para desempeñarse, se puede considerar a la persona como depresiva (DSM IV, 1994)

Las depresiones sufridas, durante este lapso, no solo observan las características clásicas, sino que también hay un alarmante número de intentos de suicidio, o la ejecución de este.

Esto ha llevado a considerar a la problemática del suicidio en las adolescentes como un trastorno que va en aumento; en 1994 se hizo en México un estudio retrospectivo sobre las variaciones por las que ha atravesado el suicidio en el transcurso de 24 años como causa de mortalidad. En 1970, en el grupo de 0 a 14 años no se reportaron suicidios, en el grupo de 15 a 19 años la tasa por cien mil habitantes fue de 1.49%.

En 1994 se encontró una tasa de 0.23 en el grupo de 0 a 14 años y de 3.30% en el grupo de 15 a 19 años. En este grupo, el suicidio fue la cuarta causa de muerte en 1994, con 586 defunciones.

En este estudio se encontró que el 70% sufría de depresión severa siendo esta una de las principales causas en los individuos que se suicidaban (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2000), En una revisión más reciente González (2002), concluyo que el principal factor de riesgo en las mujeres es: un ambiente familiar disfuncional, sentirse en desventaja con sus amigas, tener baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con su madre y aislarse en situaciones problemáticas.

Por su parte Degkins y cols., (citado en Marcielli, 1992), mencionan que el consumo de alcohol o de tóxicos puede derivarse de un estado depresivo en la adolescente. No obstante conviene establecer una distinción, desde el punto de vista clínico; tener ideas tristes o un momento de pesar, no debe tomarse como un estado depresivo.

Por su parte Beck (1975), en una versión abreviada de su escala depresiva, obtuvo que en el 33% de los casos que sufrían de depresión moderada el 35% de los pensamientos de estos pacientes eran de suicidio. Asimismo Rowe (1996), en entrevista clínica con adolescentes encontró que el 47% de las jóvenes tenían ansiedades depresivas y, el 23 por ciento de las chicas tenían ideas suicidas; este mismo porcentaje de mujeres contesto sentirse desdichada o deprimida y padecer dificultades para conciliar el sueño o despertares precoces.

Choquet (1988), en una encuesta realizada a adolescentes de entre los 16 y los 18 años, observo que las adolescentes pensaron dos veces más en el suicidio (0% contra 5%), que los hombres; se aburren (27% contra 13%), las mujeres se sienten deprimidas con una frecuencia 3 veces mayor que los hombres (21% contra 7%), desanimadas (32% contra 9%), y estas sienten ganas de llorar con una frecuencia de 7 veces mayor que los chicos (32% contra 5%). Los autores también analizaron la frecuencia de manifestaciones somáticas, algunas de las cuales, se asocian con la depresión. Finalmente los comportamientos alimentarios se hallaban a menudo perturbados en uno u otro sentido.

Ante tal situación es necesario crear metodologías de prevención y rehabilitación, enfocadas principalmente a la mujer, en sus distintas etapas de vida; dándole prioridad a la adolescencia y a la mujer adulta.

De esta forma es como surge la idea de proponer una alternativa de prevención, dirigida a las adolescentes de modo tal que estas adquieran habilidades para prevenir y evitar este trastorno conocido como depresión.

Capítulo I V

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

El desarrollo psicológico que ocurre durante la adolescencia es una de las áreas que más ha sido estudiada y paradójicamente sigue siendo hoy en día confusa e incomprensible, ya que esta etapa se caracteriza por múltiples cambios en la personalidad los cuales pueden ser demasiado perturbadores .

Dichos trastornos psicológicos son una problemática psicológica que se ha incrementado en los últimos años, Harrison y cols (1984) dicen que esto es debido a diversos factores que lo facilitan, tales como la desintegración familiar, baja autoestima, entre otros. Lo cual hace necesario establecer métodos de diagnóstico e intervención adecuados a fin de que las adolescentes cuenten con ayuda efectiva en caso de sufrir depresión.

Por tal motivo presento la siguiente propuesta de intervención, basada en el método cognitivo conductual, con la cual se desarrollaron habilidades cognitivo conductuales en las asistentes de tal modo que fueron capaces de prevenir, rehabilitarse evitar recaer en una depresión.

Metodología

Sujetos: participaron 29 mujeres adolescentes de 15 a 18 años, que fueron seleccionadas a través de la aplicación del Test de Beck, sobre la depresión.

Instrumento de evaluación: la prevalencia de trastornos depresivos fue evaluada mediante el Inventario Depresión de Beck (BDI, anexo I), en su forma abreviada (Beck & Beck 1972). Se eligió la forma abreviada del BDI, por su amplio uso como instrumento de diagnóstico de la depresión. Recordemos aquí que el BDI ha sido uno de los inventarios de auto reporte más frecuentemente usado en la evaluación de trastornos depresivos. Es un

cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos.

Los cuáles son la respuesta a los eventos negativos valorados por la persona como altamente aversivos, atribuibles a causas internas, globales y estables, y percibidos como incontrolables. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Su contenido se enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos (Irritabilidad, Aislamiento social, Indecisión, Capacidad laboral, Hipocondría, Libido), y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos (Imagen corporal, Trastornos del sueño, Cansancio, Pérdida de apetito, Pérdida de peso).

También destaca por su Confiabilidad y validez, El coeficiente alfa de esta prueba arroja un índice de .96. La fiabilidad test-retest es de .65 a .70.

En su aplicación, el paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de interpretación usualmente aceptados son los siguientes:

No depresión: 0-9 puntos

Depresión leve: 10-18 puntos

Depresión moderada: 19-29 puntos

Depresión grave: 30 puntos Población

Asimismo se seleccionó el Test del árbol de la vida, dada la simplicidad de su aplicación y su gran utilidad cualitativa para medir la autoestima, la pertenencia de grupo (familia), la valoración de si mismo, así como la de sus logros y metas a futuro.

- l Sentimiento de culpa: ¿Qué es? ¿Cómo me afecta? ¿Qué hay detrás de este sentimiento?

Fase 2) Ubicación del lugar de aplicación: consistió en localizar el lugar en donde se aplicó el taller; para esto se visitaron escuelas preparatorias donde se pidió permiso para la aplicación del taller, una vez aceptada la solicitud se pidió un espacio con las características antes mencionadas.

Fases 3) : selección de la población; evaluación pre Test; la cual consistió en aplicar el Inventario de Depresión, para evaluar a las asistentes y poder detectar a las que participaran en el taller, las cuales fueron las que presentaron una depresión intermitente de acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación del Test.

Fase 4): Intervención; consistió en la aplicación del taller el cual contó con 2 sesiones de evaluación (pre y pos Test), tres sesiones de información sobre la depresión; seis sesiones de autoestima, tres sesiones de ejercicios vivenciales y una sesión para la resolución de dudas surgidas en el transcurso del taller y que no hayan sido aclaradas en su totalidad durante el mismo.

Fase 5): Post evaluación; consistió en la aplicación del inventario de Depresión de Beck. Esto se hizo con el fin de comprobar el impacto del taller sobre los síntomas de depresión en las asistentes.

Fase 6): Resultados y conclusiones; consistió en evaluar los resultados obtenidos en la aplicación del taller, se hizo de manera cuantitativa, es decir se evaluó en forma numérica los datos obtenidos en la aplicación del Test de Beck; asimismo se hizo una evaluación cualitativa de los datos obtenidos a través del Test "El árbol de la vida", finalmente se analizó e interpretó los datos obtenidos para obtener las conclusiones que estos arrojaron.

A continuación se integra el taller desarrollado para esta tesis.

Depresión en la mujer adolescente

Tema: Integración grupal		Duración: 1:30	Sesión: 01		
OBJETIVO GENERAL: LAS ADOLESCENTES DESARROLLARÁN HABILIDADES NECESARIAS PARA ENFRENTAR, SUPERAR Y EVITAR RECAIDAS DEPRESIVAS EN SU VIDA.					
SUBTEMA	OBJ. ESPECIFICO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS DIDÁCTICOS		
			TIEMPO	DINÁMICA	MATERIAL
Presentación	Las participantes conocerán los objetivos del taller.	El coordinador se presento ante las asistentes mencionando su nombre, su profesión, objetivo y contenido del taller que se impartio.	15´	Discurso	Sillas
Empatía	Romper el hielo inicial en el grupo, así como disolver equipos establecidos para la apertura individual.	Se distribuyo al grupo en forma espontánea, de manera que cada participante eligio a una persona, no conocida. Se propicio una conversación durante 10 minutos, durante la cual se intercambiaron datos personales, aficiones, deportes etc. Posteriormente cada participante presento a su compañera ante el grupo.	30´	Presentación por binas	Papel y sillas.
Presentación de los participantes	Propiciar la interacción del grupo.	Presentación de las participantes, se formaron equipos de 5 personas que respondieron a las siguientes preguntas: ¿Qué espero del curso? y ¿Qué deseo que no ocurra en el curso? Cada equipo escribió en hojas de rotafolio, las respuestas que dieron, y las colocaron en un lugar visible para todo el grupo. Se comentaron las respuestas obtenidas por cada equipo de forma grupal.	30´	Descubrimiento por equipos	Hojas de papel bond y plumones.

Depresión en la mujer adolescente

Tema: Integración grupal		Duración: 1:30		Sesión: 01		
OBJETIVO GENERAL: LAS ADOLESCENTES DESARROLLARÁN HABILIDADES NECESARIAS PARA ENFRENTAR, SUPERAR Y EVITAR RECAIDAS DEPRESIVAS EN SU VIDA..						
SUBTEMA	OBJ. ESPECIFICO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		RECURSOS DIDÁCTICOS		
			<small>TIEMPO</small>	<small>DINÁMICA</small>	<small>MATERIAL</small>	
¿Que tan depresiva soy?	Determinar el grado de depresión que tienen las asistentes.	Aplicación del Test de Beck, y del Test “árbol de la vida”		30´	Ninguna	Test de Beck (anexo 1), Test “Árbol de la vida”, (anexo 2), lápices, hojas blancas
Cierre de sesión	Termino de sesión	Para dar por terminada la primera sesión se les pregunto si tienen alguna duda; posteriormente se interrogo a las asistentes ¿Como se sintieron? , Finalmente se dio por terminada la sesión.		15´	Plenaria	Ninguno

Depresión en la mujer adolescente

Tema: ¿Que es la depresión?		Duración: 1:30		Sesión: 02	
OBJETIVO GENERAL: LAS ADOLESCENTES DESARROLLARÁN HABILIDADES NECESARIAS PARA ENFRENTAR, SUPERAR Y EVITAR RECAIDAS DEPRESIVAS EN SU VIDA.					
SUBTEMA	OBJ. ESPECIFICO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS DIDÁCTICOS		
			TIEMPO	DINÁMICA	MATERIAL
¿Qué es la depresión?	Las asistentes conocerán los aspectos principales de la depresión.	Exposición de los distintos aspectos que se tiene sobre lo que es la depresión.	45´	Exposición	Pizarrón y gises.
Síntomas de la Depresión	Conocerán los principales síntomas de la depresión	Exposición de los diversos síntomas que presenta una persona deprimida.	45´	Exposición	Pizarrón y gises
Ejercicio	Reflexionarán sobre lo acontecido en la sesión.	Las asistentes reflexionaron de forma individual, para posteriormente comentar frente al grupo, si algo de lo visto ellas lo han vivido. Para terminar la sesión se hizo una ronda de preguntas, sobre lo visto, así como se resolvieron las dudas planteadas por las asistentes.	30´	Beedfack	Ninguno

Depresión en la mujer adolescente

Tema: Depresión en la mujer adolescente		Duración: 1:30		Sesión: 03	
OBJETIVO GENERAL: LAS ADOLESCENTES DESARROLLARÁN HABILIDADES NECESARIAS PARA ENFRENTAR, SUPERAR Y EVITAR RECAIDAS DEPRESIVAS EN SU VIDA.					
SUBTEMA	OBJ. ESPECIFICO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		RECURSOS DIDÁCTICOS	
			Tiempo	DINÁMICA	MATERIAL
¿Por qué nos deprimimos?	Las asistentes conocerán las causas que generan depresión.	Se formaron equipos, se les dio material didáctico, el cual contenía una causa que genera la depresión. Cada equipo después de leer el material expuso a las demás, la causa que les toco. La participación del coordinador fue para resolver dudas y enriquecer el desarrollo de la sesión.	90´	Discusión por equipos	Hojas con material didáctico, papel bond, plumones.
Ejercicio	Revisión de lo visto en la sesión	Las asistentes reflexionaron sobre lo visto en la sesión y redactaron brevemente si una o varias de las causas expuestas repercutieron en su vida así como la manera en que las afecto.	30´	Introspección	Hojas blancas, lápiz

Depresión en la mujer adolescente

Tema: Depresión en la mujer adolescente		Duración: 1:30		Sesión: 04	
OBJETIVO GENERAL: LAS ADOLESCENTES DESARROLLARÁN HABILIDADES NECESARIAS PARA ENFRENTAR, SUPERAR Y EVITAR RECAIDAS DEPRESIVAS EN SU VIDA.					
SUBTEMA	OBJ. ESPECIFICO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		RECURSOS DIDÁCTICOS	
			TIEMPO	DINÁMICA	MATERIAL
Autoestima ¿Qué es? ¿Por qué es importante? Donde obtengo autoestima	Obtención de información sobre lo que saben las asistentes acerca de la autoestima	Las participantes, previa pregunta del coordinador, expusieron sus ideas y conocimientos acerca de la autoestima. Posteriormente el coordinador realizo una exposición sobre la autoestima.	60´	Lluvia de ideas	Pizarrón y gises
Triangulo de la salud	Conocerán ‘El triangulo de la salud’	Complementando lo anterior, el coordinador realizo una exposición acerca del triangulo de la salud.	30´	Exposición	Pizarrón y gises
Ejercicio	Reafirmación lo visto en la sesión	Las asistentes, previa reflexión individual, comentaron sobre que les falta en su triangulo de salud. Y que podían hacer ellas por si mismas para complementar su triangulo.	30´	Discurso	Pizarrón gises, hojas blancas y lápices.

Depresión en la mujer adolescente

Tema: autoestima en la mujer		Duración: 1:30		Sesión: 05	
OBJETIVO GENERAL: LAS ADOLESCENTES DESARROLLARÁN HABILIDADES NECESARIAS PARA ENFRENTAR, SUPERAR Y EVITAR RECAIDAS DEPRESIVAS EN SU VIDA.					
SUBTEMA	OBJ. ESPECIFICO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		RECURSOS DIDÁCTICOS	
			TIEMPO	DINÁMICA	MATERIAL
Comprendiendo nuestros estados de animo	Conocerán los diez tipos de distorsión cognitiva que hacen que la mujer se deprima.	El coordinador dio a conocer los diez tipos de pensamientos que generan estados depresivos.	90´	Plenaria	Pizarrón y gises
		El coordinador pidió a las asistentes que dieran ejemplos de los tipos de distorsión cognitiva que ellas tenían.	20´	Lluvia de ideas	Ninguno
Ejercicio	Comprobación lo aprendido en la sesión	Las asistentes reflexionaron de forma individual sobre el tipo de cogniciones que predominaban en su vida diaria situación-pensamiento-estado emocional. Encontrando la relación pensamiento-afecto-conducta y la importancia de detectar sus pensamientos automáticos.	10´	Ninguna	Ninguno

Depresión en la mujer adolescente

Tema: autoestima en la mujer		Duración: 1:30		Sesión: 06	
OBJETIVO GENERAL: LAS ADOLESCENTES DESARROLLARÁN HABILIDADES NECESARIAS PARA ENFRENTAR, SUPERAR Y EVITAR RECAIDAS DEPRESIVAS EN SU VIDA.					
SUBTEMA	OBJ. ESPECIFICO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS DIDÁCTICOS		
			TIEMPO	DINÁMICA	MATERIAL
¿Como vencer a nuestro crítico interno?	Detectarán pensamientos erróneos que tengan acerca de si mismas	<p>El coordinador pidio a las asistentes que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificarán y anotarán sus pensamientos autocríticos. 2. Explicarse por que esos pensamientos no eran reales. 3. Practicarán por equipos respuestas para los pensamientos autocríticos y aprendieran a desarrollar un sistema de auto evaluación más realista. 4. Explicación por parte del coordinador sobre como podían usar “La triple columna”. 	100	Exposición	Pizarrón, gises, hojas blancas y lápices
	Comprobarán los conocimientos adquiridos en la sesión	<p>Las asistentes respondieron por escrito a las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuales son mis cualidades y mis debilidades? 2. ¿Qué puedo hacer para mejorar, como persona? 	20'	Cuestionario	Hojas blancas y lápices

Depresión en la mujer adolescente

Tema: Cambiando de aptitud		Duración: 1:30		Sesión: 07	
OBJETIVO GENERAL: LAS ADOLESCENTES DESARROLLARÁN HABILIDADES NECESARIAS PARA ENFRENTAR, SUPERAR Y EVITAR RECAIDAS DEPRESIVAS EN SU VIDA.					
SUBTEMA	OBJ. ESPECIFICO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		RECURSOS DIDÁCTICOS	
			TIEMPO	DINÁMICA	MATERIAL
¿Cómo se nos enseña a ser mujeres?	Cambiarán su actitud respecto a su condición social de mujer.	<p>El coordinador pidió a las asistentes que expusiera como aprendieron a ser mujeres en la etapas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niñez • Adolescencia <p>De esta forma se discutió entre todas que es y que significa para ellas el Amor</p>	100´	Lluvia de ideas	Hojas blancas, lápices
	Ejercicio	Las asistentes reflexionaron sobre lo visto en la sesión y dieron una breve opinión al respecto.	20´	Lluvia de ideas	Ninguno

Depresión en la mujer adolescente

Tema: Cambiando de actitud		Duración: 1:30		Sesión: 08	
OBJETIVO GENERAL: LAS ADOLESCENTES DESARROLLARÁN HABILIDADES NECESARIAS PARA ENFRENTAR, SUPERAR Y EVITAR RECAIDAS DEPRESIVAS EN SU VIDA.					
SUBTEMA	OBJ. ESPECIFICO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		RECURSOS DIDÁCTICOS	
			TIEMPO	DINÁMICA	MATERIAL
Conociendo nuestro cuerpo	Restaurarán su confianza en ellas a través de su cuerpo	El coordinador proporciono material didáctico, el cual contenía información sobre como valorar el cuerpo que se tiene. Una vez finalizada la lectura se discutió este material en una plenaria.	40´	Lectura en equipo y plenaria	Material didáctico
Apreniendo a expresar abiertamente lo que sentimos y deseamos	Desarrollarán su confianza a través de la ‘Expresión de sentimientos’	Por parejas, las jóvenes practicaron la expresión de sentimientos (coraje, rabia, tristeza, dolor, alegría, etc.), así como sus deseos a terceros (pareja, familia, amigos etc.)	50´	Binas	Ninguno
Sexualidad en la adolescencia	Fomentar la sexualidad con responsabilidad	El coordinador, modero la discusión acerca del ejercicio de su sexualidad como adolescente.	20	Discusión	Ninguno

Depresión en la mujer adolescente

Tema: Posibles consecuencias de la depresión		Duración: 1:30		Sesión: 09	
OBJETIVO GENERAL: LAS ADOLESCENTES DESARROLLARÁN HABILIDADES NECESARIAS PARA ENFRENTAR, SUPERAR Y EVITAR RECAIDAS DEPRESIVAS EN SU VIDA.					
SUBTEMA	OBJ. ESPECIFICO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD		RECURSOS DIDÁCTICOS	
¿Cómo me afecta...?	Aportarán sus experiencias sobre como se han visto afectadas por diversos motivos	<p>El coordinador hizo una dinámica de relajación, utilizando la técnica de musicoterapia; con esto se pretendió hacer que las adolescentes estuvieran perceptivas acerca de sus propias experiencias y que pudieran hablar fluidamente acerca de la forma en que se han visto afectadas por la ingesta propia o de algún familiar, pareja etc., con respecto al:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Drogas <p>Y si han vivido violencia intrafamiliar ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Física • Emocional • Psicológica • Económica <p>Para concluir la sesión el coordinador volvió a hacer la dinámica de relajación.</p>	TIEMPO	DINÁMICA	MATERIAL
			120´	Relajación guiada.	Radiograbadora, música relajante, colchonetas, kleenex.

Depresión en la mujer adolescente

Tema: el papel de la culpa en la adolescente		Duración: 1:30	Sesión: 10
OBJETIVO GENERAL: LAS ADOLESCENTES DESARROLLARÁN HABILIDADES NECESARIAS PARA ENFRENTAR, SUPERAR Y EVITAR RECAIDAS DEPRESIVAS EN SU VIDA.			
SUBTEMA	OBJ. ESPECIFICO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS DIDÁCTICOS
			TIEMPO DINÁMICA MATERIAL
¿Qué es la culpa?	Brindará información sobre la Culpa	El coordinador dio una explicación sobre que es la culpa y como afecta la vida de la persona que la siente.	60´ Exposición Pizarrón y gises
¿Qué produce sentimientos de culpa	Se ejercitará a las adolescentes en aprender a liberarse de sentimientos de culpa	El coordinador hablo sobre porque, se genera culpa en las mujeres.	
El ciclo de culpa		El coordinador explico como funciona el ciclo de culpa.	60´ Exposición Pizarrón y gises.
¿Cómo puedo liberarme de la culpa?		Se enseño a las asistentes a lograr empatia con otros (habilidades sociales), hacer un registro diario de pensamientos disfuncionales y aprender a eliminar los “debería”.	

Depresión en la mujer adolescente

Tema: Cierre del taller		Duración: 1:30		Sesión: 11	
OBJETIVO GENERAL: LAS ADOLESCENTES DESARROLLARÁN HABILIDADES NECESARIAS PARA ENFRENTAR, SUPERAR Y EVITAR RECAIDAS DEPRESIVAS EN SU VIDA.					
SUBTEMA	OBJ. ESPECIFICO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS DIDÁCTICOS		
			TIEMPO	DINÁMICA	MATERIAL
Cierre del taller	Concluir el taller, así como recoger las experiencias vividas por las asistentes al taller.	<p>El coordinador inicio la sesión preguntando a las asistentes sobre la experiencia que cada una de las asistentes tuvo en el transcurso del taller. Al mismo tiempo que escucha las experiencias retroalimentara a las asistentes.</p> <p>Posteriormente inicio la aplicación del pos-test. Para lo cual fue necesario repartir entre las asistentes la prueba de Depresión de Beck.</p> <p>Asimismo se les pidió que hicieran su árbol de la vida.</p> <p>Una vez concluido esto se les pidió a las asistentes que comentaran en grupo lo que aprendieron durante el transcurso del taller.</p> <p>Para dar por finalizado el taller se llevo a cabo un pequeño convivio entre los asistentes.</p>	120´	Ninguna	Test de Beck Hojas blancas, lápices.

Análisis de resultados

Pretest.

En la tabla 1 se muestran los resultados obtenidos en la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, en su fase de pretest.

La gráfica 1 indica estos datos de forma individual, es decir el puntaje obtenido por cada asistente en el Inventario de Depresión de Beck. Y de acuerdo a la escala de evaluación de dicho Test se encontró que las participantes: 2, 3,4, 16, 18, 24 mostraban una normalidad en su estado de animo.

Mientras que con una leve perturbación en su estado de ánimo se encontraron a las participantes: 5, 6, 10, 26, 27, 28.

Con una depresión intermitente se hallaron a las participantes 7, 8, 9, 11, 13, 15, 20, 21, 22,23.

Con una depresión moderada las participantes: 12, 17, 19, 25, 29.

Y con depresión grave las asistentes: 1, 15.

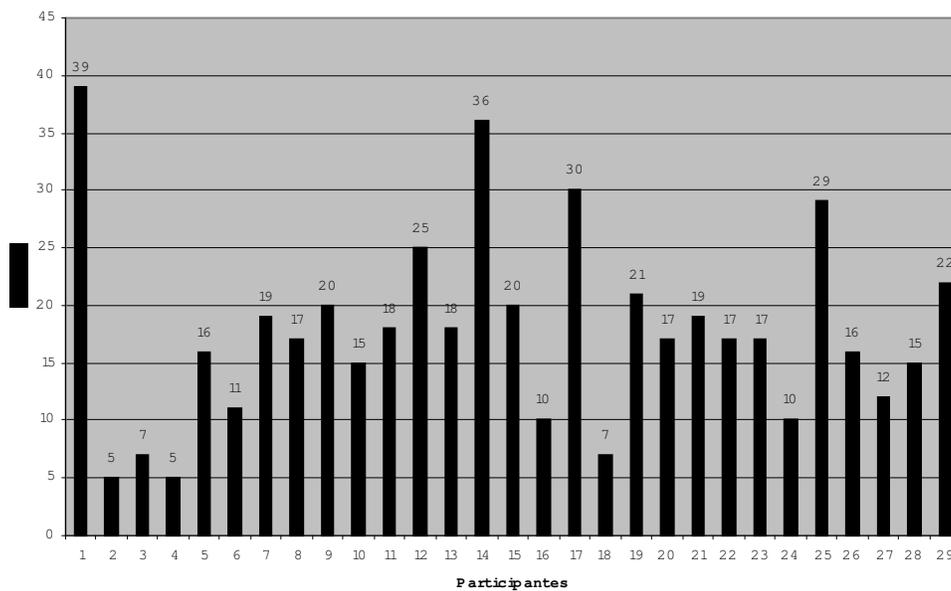
Por lo tanto se obtuvieron las siguientes cifras:

- Normal: 6 asistentes.
- Leve perturbación: 6 asistentes.
- Depresión intermitente: 10 asistentes.
- Depresión Moderada: 5 asistentes.
- Depresión grave: 2 asistentes.

TABLA 1. RESULTADOS INDIVIDUALES OBTENIDOS EN LE PRE-TEST DEL INVENTARIO DE BECK.

SUJETO	PUNTUACIÓN	DIAGNOSTICO	SUJETO	PUNTUACIÓN	DIAGNOSTICO
1	39	DEPRESIÓN GRAVE	16	10	NORMAL
2	5	NORMAL	17	30	DEPRESIÓN MODERADA
3	7	NORMAL	18	7	NORMAL
4	5	NORMAL	19	21	DEPRESIÓN MODERADA
5	16	LEVE PERTURBACIÓN	20	17	DEPRESIÓN INTERMITENTE
6	11	LEVE PERTURBACIÓN	21	19	DEPRESIÓN INTERMITENTE
7	19	DEPRESIÓN INTERMITENTE	22	17	DEPRESIÓN INTERMITENTE
8	17	DEPRESIÓN INTERMITENTE	23	17	DEPRESIÓN INTERMITENTE
9	20	DEPRESIÓN INTERMITENTE	24	10	NORMAL
10	15	LEVE PERTURBACIÓN	25	29	DEPRESIÓN MODERADA
11	18	DEPRESIÓN INTERMITENTE	26	16	LEVE PERTURBACIÓN
12	25	DEPRESIÓN MODERADA	27	12	LEVE PERTURBACIÓN
13	18	DEPRESIÓN INTERMITENTE	28	15	LEVE PERTURBACIÓN
14	36	DEPRESIÓN GRAVE	29	22	DEPRESIÓN MODERADA
15	20	DEPRESIÓN INTERMITENTE	30	0	

Gráfica 1: Resultados del Pre-test Inventario de Depresión de Beck

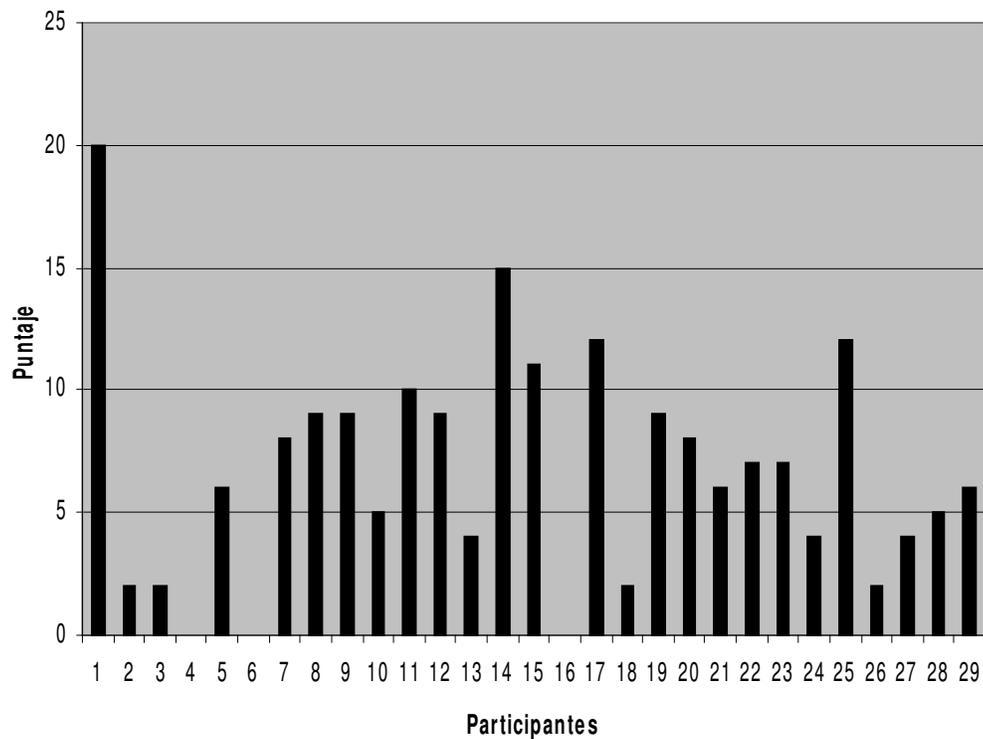


Postest

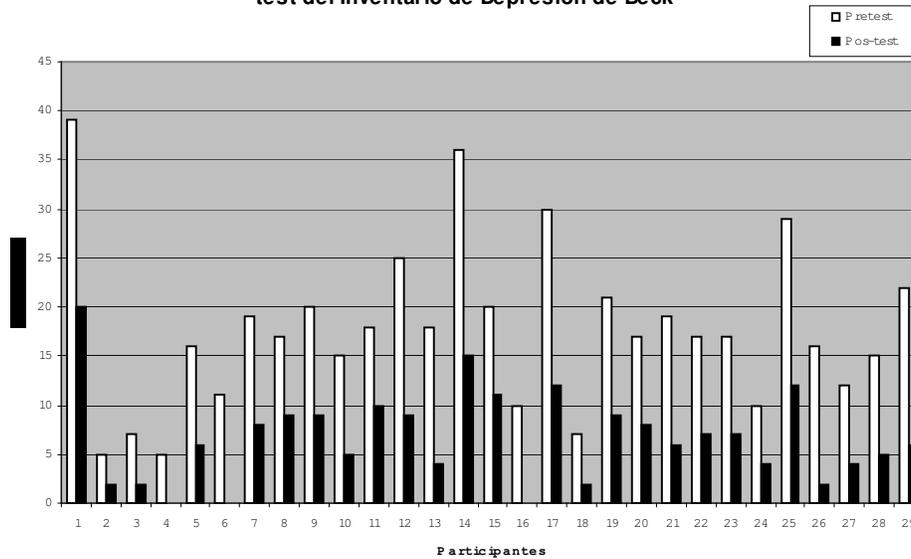
Los resultados obtenidos en la aplicación del Pos-test una vez concluido el taller, en el Inventario de Depresión de Beck se observa (ver gráfica 3), que la mayoría de las asistentes tuvo una disminución significativa en el puntaje obtenido al inicio del taller.

- Normal: 24 asistentes.
- Leve perturbación: 3 asistentes.
- Depresión intermitente: 1 asistentes.
- Depresión Moderada: 0 asistentes.
- Depresión grave: 0 asistentes.
- No concluyeron: 1 asistente.

Gráfica 2: Pos-test "Inventario de Depresión de Beck"



Gráfica 3: Comparativa de los resultados Obtenidos en el Pre-test y Pos-test del Inventario de Depresion de Beck



En la tabla comparativa pretest - postests, del Inventario de depresión de Beck, se observa la disminución obtenida por cada una de las asistentes al taller; en la misma se muestra el diagnostico inicial y el diagnostico final, de acuerdo a la escala que maneja el Inventario de Beck.

Tabla 2: Tabla comparativa de los resultados obtenidos en el Pre-Test y pos- Test del Inventario de Beck.

Sujeto	Pre-Test	Diagnostico	Pos-Test	Diagnostico	Sujeto	Pre-Test	Diagnostico	Pos-Test	Diagnostico
1	39	Depresión grave	20	Depresión intermitente	16	10	Normal	0	Normal
2	5	Normal	2	Normal	17	30	Depresión moderada	12	Leve perturbación
3	7	Normal	2	Normal	18	7	Normal	2	Normal
4	5	Normal	0	Normal	19	21	Depresión moderada	9	Normal
5	16	Leve perturbación	6	Normal	20	17	Depresión Intermitente	8	Normal
6	11	Leve perturbación	0	Normal	21	19	Depresión Intermitente	6	Normal
7	19	Depresión Intermitente	8	Normal	22	17	Depresión Intermitente	7	Normal
8	17	Depresión Intermitente	9	Normal	23	17	Depresión Intermitente	7	Normal
9	20	Depresión Intermitente	9	Normal	24	10	Normal	4	Normal
10	15	Leve perturbación	5	Normal	25	29	Depresión moderada	12	Normal
11	18	Depresión Intermitente	10	Normal	26	16	Leve perturbación	2	Normal
12	25	Depresión moderada	9	Normal	27	12	Leve perturbación	4	Normal
13	18	Depresión Intermitente	4	Normal	28	15	Leve perturbación	5	Normal
14	36	Depresión grave	15	Leve perturbación	29	22	Depresión moderada	6	Normal
15	20	Depresión Intermitente	11	Leve perturbación					

Por lo que respecta al análisis cualitativo de los resultados obtenidos en el PRE-Test del “Árbol de la vida” (ver grafica 4), esta arroja los siguientes datos:

En el sentido de pertenencia a la familia 25 de 29 se consideraron como parte de su familia de origen.

Mientras que para describir sus cualidades se observo que tan solo una participante supo referir sus cualidades; y el resto, 29 de ellas no lo supieron hacer.

Respecto a las personas importantes para ellas, las 29 entrevistadas pusieron a otras personas en primer lugar, como padre, madre, herman@s o novio.

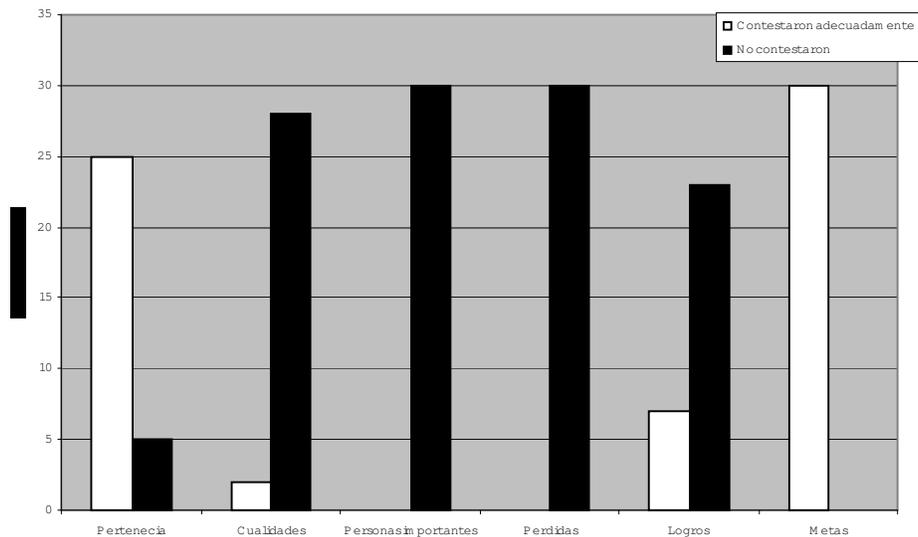
En lo que se refiere a perdidas nuevamente se observo que las 29 participantes no pudieron contestar esta pregunta.

Mientras que para contabilizar sus logros, 6 de las 29 entrevistadas pudieron tomar en cuenta la mayor cantidad de estos; el resto, 24 minimizaron los logros obtenidos por ellas.

Por ultimo se observa que las 29 entrevistadas tiene metas a largo plazo. Desde luego estas no están muy bien establecidas.

Dentro de las metas más mencionadas se encuentra el terminar un carrera profesional, tener una familia, ser una madre “perfecta” para sus hijos.

Gráfica 4: Resultados del Pre-test "Árbol de la vida"



Por otro lado, los datos obtenidos en la evaluación final del Test “Árbol de la vida”, estos se muestran en la gráfica 5. Donde nuevamente se pueden apreciar cambios significativos en las respuestas emitidas por las asistentes.

En el sentido de pertenencia a la familia 29 de 29 se consideraron como parte de su familia de origen. Mientras que para describir sus cualidades se observó que 28 de ellas lo supieron hacer. Las otras dos no se mostraban aún seguras de sus respuestas.

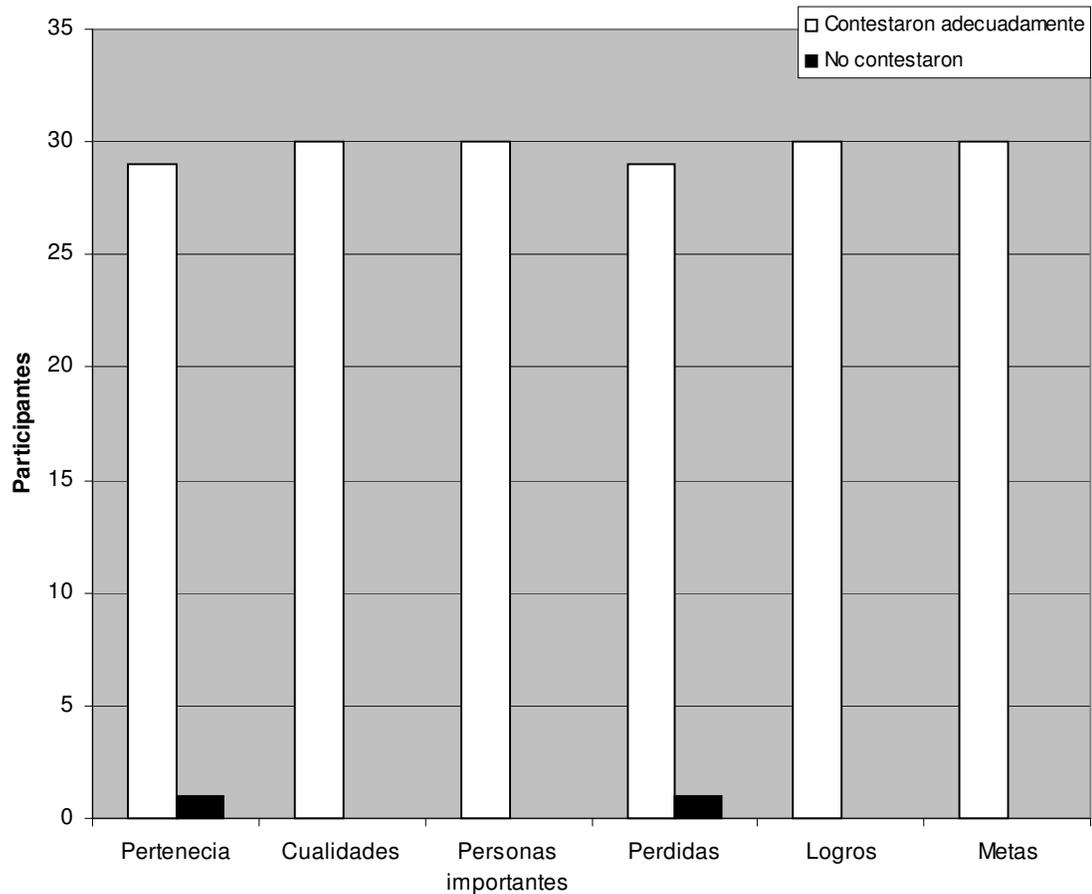
Respecto a las personas importantes para ellas, las 30 entrevistadas se colocaron ahora en primer lugar, dejando para las siguientes personas significativas en su vida los restantes lugares.

En lo que se refiere a las pérdidas las 30 participantes contestaron a esta pregunta, de una manera tal que mostraba su asimilación a dicha pérdida.

Mientras que para contabilizar sus logros, las 29 entrevistadas pudieron tomar en cuenta la mayor cantidad de estos. Por último se observa que las 29 entrevistadas ahora elaboran metas a largo plazo, ya mejor definidas,

entendiendo esto como que necesitan hacer y que van a hacer para alcanzar dichas metas.

Grafica 5: Resultados obtenidos en el Pos-test "Arbol de la vida"



En el desarrollo del taller propuesto, se observó que la conducta de las adolescentes están determinadas en gran medida por sus cogniciones (Beck, 1976), dichas cogniciones están basadas en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Conforme transcurría el taller, la mayor parte de los mitos que tenían las asistentes se fueron desbaratando; se iniciaron discusiones del tema en cuestión, donde se vertieron sus ideas, sus pensamientos y creencias y a su

vez fueron asimilando la información que se les fue proporcionando. Reestructurando de esta forma sus ideas de una forma adecuada.

Ana y Rosa fueron las asistentes que con sus vivencias enriquecieron la segunda sesión, dichas asistentes fueron capaces de hablar frente al grupo de cómo eventos vividos tales como el rechazo de sus padres en ambas, la falta de la madre (perdida por separación) comenzaron a mermar su autoestima. Tal y como se refieren Lara y Acevedo (1988), sobre los factores predisponentes y desencadenantes de depresión en la historia infantil de las adolescentes.

Al abordar el tema sobre autoestima la mayoría de las asistentes sabían lo que era; es decir sabían que la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad sin embargo no podían auto aceptarse debido principalmente a lo aprendido tanto en casa como en su medio social, en donde a base de comentarios en donde se reían, criticaban alguna de sus características físicas, habían logrado mermar en ellas la confianza hacia su cuerpo, sintiéndolo como algo defectuoso.

Por otro lado al realizar el ejercicio sobre actividades que realizaban exitosamente, se inicio el proceso de aceptación y autovalorización, que según comentarios de la mayoría, pensaban que dichas actividades cualquiera las hacían, por lo cual no contaba si ellas lo hacían bien.

Como ejercicio de evaluación, al finalizar la sesión se les pidió a las adolescentes que describieran experiencias vividas que les ayudarían a adquirir una mejor autoestima, dentro de lo redactado por ellas esta lo siguiente:

“de obrar según crea más acertado, confiando en mi propio juicio, y sin sentirme culpable cuando a otros le parece mal lo que halla hecho” Joss.

“no emplear demasiado tiempo preocupándome por lo que halla ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro” Maria.

“no se dejarme manipular por los demás, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente” Evelyn.

“reconocer y aceptar en mí misma una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y estar dispuesta a revelarlas a otra persona si le parece que vale la pena” Catalina.

Tanto en esta sesión como en la siguiente las asistentes se pudieron percatar de cómo sus cogniciones comenzaron a cambiar, sobre todo al conocer las diez distorsiones cognitivas que generan depresión; las asistentes Ana y Rosa quienes presentaron en el pretest una depresión elevada, manifestaron que ellas tenían un mínimo de 8 distorsiones, dándose cuenta de cómo ellas mismas se criticaban y autocastigaban, esto facilitó la reconceptualización de sus pensamientos, es decir, las mismas asistentes al darse cuenta de cómo eran ellas mismas las que se generaban daño comenzaron a generar otro tipo de pensamientos, más positivos hacia ellas mismas, de esta forma, las demás asistentes fueron descubriendo el o los tipos de distorsión que poseían.

Tras explicarles como podían detectar sus pensamientos erróneos se hicieron nuevamente más ejercicios sobre como detectar sus pensamientos automáticos, de cómo estos influían en sus emociones, para lo cual se llevaron a cabo un autoregistro de pensamientos automáticos; dicho registro fue en un inicio diario durante una semana y posteriormente solo lo realizaban en periodos difíciles para cada una de ellas.

Asimismo y de acuerdo a lo que describe Beck en el manejo de distorsiones cognitivas las propias asistentes pudieron evitar tener este tipo de distorsiones, analizando primero sus pensamientos y valorando si estos eran reales o irreales.

Aprendieron a identificar y modificar sus conceptualizaciones distorsionadas; así como las falsas creencias que subyacían a sus propias cogniciones. Aprendieron a resolver problemas y situaciones que anteriormente

consideraban insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos (Lara y cols., 1996).

Todo esto fue posible, gracias a que se utilizaron técnicas cognitivas que delimitaron y pusieron a prueba las falsas creencias, supuestas desadaptaciones que tenían las adolescentes, algunas de las técnicas utilizadas fueron las siguientes:

- Detección de pensamientos automáticos.
- Comprobación de cómo los pensamientos automáticos influyen en sus emociones.
- Entrenamiento en observación y registro de cogniciones.
- Registro diario de pensamientos.
- Clasificación de sus cogniciones en función de sus contenidos o temas.

En el caso específico de dos adolescentes con depresión grave, se utilizaron técnicas conductuales como:

- Lista de actividades potencialmente agradables (incluyendo las que le gustaba antes).
- Lista de actividades de dominio (cosa que le gustaría hacer, pero que actualmente no puede realizar).
- Programa semanal de actividades.
- Asignación de tareas graduales (dividir una tarea que creían compleja o imposible de llevar a cabo)

Tal y como lo sugiere Caballo (1991); no solo para modificar su conducta, si no para destacar cogniciones asociadas a conductas específicas; ya que de acuerdo con Beck (1987) y Caballo (1991), dichos pacientes necesitan de técnicas más activas.

La conjunción de este tipo de técnicas hizo posibles que las asistentes al taller aprendieran a:

- Controlar sus pensamientos automáticos negativos (Detección de pensamientos automáticos).
- Identificar la relación entre pensamiento-afecto-conducta (Autoregistro).
- Identificar la relación a favor y en contra de tener cogniciones distorsionadas (Clasificación de pensamientos).
- Identificar y modificar sus falsas creencias las predisponían a distorsionar sus experiencias (Someter los pensamientos automáticos a una evaluación con la realidad).

De este modo se les ayudo a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo a su realidad.

Para reforzar la sesión anterior nuevamente las asistentes identificaron más pensamientos autocríticos, para posteriormente encontrar ellas mismas una explicación al porque estos pensamientos no eran reales. Esto causo un desconcierto en ellas, ya que argumentaban que sus pensamientos eran reales, sin embargo al mostrarles como esto no era así, poco a poco fueron encontrando una explicación real y verdadera para sus pensamientos erróneos.

Esta sesión fue interesante ya que las asistentes en su mayoría no les agradaba su cuerpo. Ya que según ellas o estaba demasiado delgadas, o estaban excedidas en su peso, sin embargo al comenzar a explicar todo esto en grupo, fueron surgiendo comentarios contrarios a los que expresaban; es decir cuando una de ellas decía que estaba muy delgada, las otras decían que su cuerpo estaba bien y que ellas desearían tener un cuerpo así. Cuando alguien se expresaba que tenía sobrepeso, surgían comentarios sobre aspectos positivos sobre esto. Lo cual ayudo a ejemplificar que cada una de ellas tenía cosas que resaltar de su imagen y que ellas habían olvidado.

Al hablar sobre el tema de la “culpa”, este despertó gran interés en las asistentes, ya que todas manifestaron sentirse culpables, cuando se les pregunto a cada una el porque se sentían culpables, cada una respondía dando un ejemplo de la distorsión que las hacia sentirse culpables. Esto dejo

ver que el ciclo de culpa que en ellas había estado por un tiempo, comenzaba a romperse.

Esta sesión fue por demás emotiva ya que como se sabía que era la última sesión, se mostraban con nostalgia, sin embargo las asistentes se expresaban y mostraban satisfechas por lo aprendido asimismo se mostraban interesadas por seguir conociendo más sobre la depresión, la autoestima y de cómo evitar deprimirse.

Asimismo se observó, a medida que se fue desarrollando el taller una colaboración mutua entre asistentes y facilitador, dándose de esta forma el “empirismo colaborativo” que sugiere Beck en su terapia Cognitiva. En este taller se desarrolló un trabajo conjunto, en donde no solo era el coordinador el que hacía las observaciones y recomendaciones; si no que también las propias asistentes daban ideas y ejemplos de cómo algunas de ellas distorsionaba su realidad.

Esto dio pie a que fueran ellas mismas las que se automonitorearan y posteriormente al finalizar el taller formaran una especie de grupo de autoayuda, donde ellas mismas acordaron tener futuras reuniones con la finalidad de prevenir futuras recaídas por parte de alguna de ellas.

Con todo esto, pasaremos a hacer las conclusiones sobre lo obtenido y observado en el desarrollo del taller, así como las conclusiones finales de esta tesis.

Conclusiones

El ser humano nace con un conjunto de estructuras rudimentarias, determinadas genéticamente, para organizar el mundo, como consecuencia de la interacción con su entorno, dichas estructuras van tomando forma y modificándose por medio del proceso interactivo, es así como se van formando los esquemas de aprendizaje. En la infancia las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas, juegan un papel importante en la elaboración de dichos esquemas, sin embargo situaciones como la desaprobación, la pérdida de los padres, entre otros, forman en el infante sentimientos de tristeza que en ocasiones con el tiempo el infante se recupera y vuelve a sentirse mejor, sin embargo en otras ocasiones estos sentimientos se prolongan o son muy intensos en estos casos se puede decir que se esta ante una depresión.

Estar “depre” y sufrir de depresión son dos cosas muy distintas como menciona Sabanes (1994), que considero conveniente reconceptualizar en su uso, dado que el termino “depre” generalmente es usado cuando el individuo siente que su estado de animo decae, aunque esto sea solo de manera pasajera, y que en la mayoría de los casos la persona que cae en dicho estado de tristeza puede salir con poca o ninguna ayuda, tal estado de animo no debe ser considerado como depresión por la población en general, ya que esto solo provoca lo minimización de la verdadera depresión a un simple estado de tristeza por parte de terceros e incluso de la misma persona que sufre depresión evitando con esto que este trastorno se atendido.

Si bien es cierto que con el paso del tiempo se han dado avances en el tratamiento de la depresión sobre todo en lo farmacológico, no existen evidencias de que este mal este disminuyendo, por el contrario, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2001), las cifras de personas que padecen depresión van en aumento, lo cual puede corroborarse con las estadísticas de suicidio de cada país. En México el Instituto Mexicano de Psiquiatría (2002) en su estudio sobre suicidio en adolescentes indica que en

1970 había una tasa de suicidio en adolescentes de 15 a 19 años de 1.49 por cada 100 mil habitantes, y para 1994 la tasa se había incrementado a 3.30 en el mismo grupo. Siendo en el 70% de estos casos la depresión severa la causa del suicidio.

Considero que es necesario saber e investigar más acerca del problema que representa la depresión así como sus daños colaterales (alcoholismo, drogadicción y suicidio entre otros), sobre todo en la población adolescente que como lo menciona Papalia (1998), es la población más afectada, siendo la mujer adolescente, la que se ve más afectada por este trastorno observándose esto en los niveles escolares de secundaria y preparatoria una alta incidencia de síntomas depresivos tales como poner más atención a los acontecimientos negativos de su vida, exageración de los hechos que no tendrán mayor repercusión en su vida diaria, ser demasiado exigente consigo misma, culparse de todo lo que sale mal a ella y su alrededor y sobre todo el nulo reconocimiento de las cosas que hace bien, esto en muchos casos trae como consecuencia que la mujer adolescente tenga una fuerte ideación suicida, dado que los márgenes tan estrechos que menciona Rivera (2002) en los que se mueven los adolescentes, donde por un lado quieren ser independientes de los adultos, no ser mandados y sentirse capaces de todo hace que contraste con su dependencia infantil que muestran hacia la aprobación de sus actos.

En el caso de las mujeres adolescentes la importancia que para estas tiene la imagen corporal así como algunas actitudes frente al resto de su congeneres y lo difícil que resulta para ellas mismas el mantenerlos, confirma lo que menciona López y Rico (1992), sobre una "psicopatología de género", donde la depresión es una respuesta a muchas y diversas situaciones, como la difícil transición de la infancia a la adultez, la necesidad de saber quien es, los cambios corporales, así como las decepciones amorosas entre otras. Esto nos lleva a concienciar la importancia que tiene la información respecto a la depresión para que de esta forma las mujeres adolescentes que sufren depresión puedan hacer algo y en algunos casos evitarla.

Ante esto este taller cumple con el objetivo de prevenir y rehabilitar a las adolescentes con problemas de depresión, dando de esta manera una alternativa eficaz al tratamiento de la depresión desde la terapia cognitivo conductual tal y como lo demanda la sociedad, con la aplicación del mismo pude observar de manera directa las bondades que muestra la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión, entre las cuales encontré que:

- La terapia cognitivo-conductual es fácil de aplicar: lo cual facilitó mi trabajo, desde diversos puntos tales como la diversidad de dinámicas empleadas, lo cual generó una gran aceptación entre las adolescentes que permitió promover la asistencia entre las adolescentes.
- La terapia cognitivo-conductual es más breve: en términos de los resultados obtenidos, las adolescentes acudieron solamente un promedio de 10 sesiones al taller.
- La terapia cognitiva-conductual es un esfuerzo colaborativo entre el cliente y el terapeuta: es importante escuchar a los pacientes, ponerles atención y sobre todo dejar de dar solamente instrucciones, para que de esta forma, sea el mismo paciente el que vaya marcando el ritmo de trabajo. Considero que el papel del psicólogo como terapeuta es escuchar, enseñar y estimular, mientras que el papel del cliente es hablar, aprender, e implementar lo que aprende.
- La terapia cognitiva-conductual usa el método Socrático: donde el buen entendimiento de las preocupaciones o temores de los pacientes por parte del psicólogo hace que este se genere preguntas que llevan al entendimiento de la situación. También es necesario estimular al paciente a hacerse preguntas sobre sí mismo y que fueran ellas mismas las que generaron las respuestas, como por ejemplo, “¿Cómo es que yo de verdad sé que esas personas se están riendo de mí?” “¿Sería posible que estuviesen riéndose de otra cosa?”

- La terapia cognitivo-conductual está basada en un modelo educativo: Como psicólogo, el propósito de este taller fue ayudar a las adolescentes a desaprender de sus reacciones no-deseadas y aprender una nueva forma de reaccionar.

La realización de este trabajo me ha permitido enfrentar uno de los más grandes retos tanto a nivel personal como a nivel profesional, el recabar la información necesaria para la redacción del mismo, la revisión de técnicas de trabajo, así como la revisión de dinámicas para la elaboración del taller, me permitió percatarme de que un taller no es fácil de elaborar, que no basta poner un par de dinámicas para poder decir que se hizo un taller, que es necesario tomar en cuenta una serie de factores tales como ¿Qué se quiere trabajar? ¿la corriente psicológica es adecuada para la intervención que se pretende hacer? Lo cual me lleva a revisar la actitud del psicólogo frente esta situación, la cual en algunos casos por cuestiones financieras, o de trabajo se deja a un lado y solo se busca el presentar un trabajo sin importar la calidad y eficacia del mismo, lo cual deja en entredicho la ética, profesionalismo y el valor del psicólogo en la sociedad.

Considero de vital importancia la difusión de talleres, como el aquí presentado, para prevenir el desarrollo de depresión en las mujeres sobre todo en la mujer adolescente que es la etapa principal en donde se eleva drásticamente el número de mujeres que la padecen. Por otro lado un manejo y difusión de pláticas y conferencias sobre la depresión tanto en escuelas como al público en general con el propósito de alertar, prevenir y concienciar a un mayor número de personas sobre este trastorno y abarcando no solo a la mujer adolescente, sino también a la mujer adulta y de la tercera edad así como al mismo hombre, traerá como consecuencia que en un futuro el número de personas con depresión disminuya drásticamente y que por consiguiente no se generen gastos considerables a la sociedad, en su rehabilitación y tratamiento, sin mencionar el costo y desgaste a nivel emocional y físico, que sufren las personas con depresión, dándoles de esta forma la posibilidad de obtener un desarrollo personal eficaz y de calidad a nivel individual, familiar y social.

Sugiero que la autoestima es uno de los principales puntos a trabajar en la depresión de la mujer adolescente, por que es a través esta que se logra atribuirse una identidad, valorarse y reconocerse a si misma. Dicha valoración es el punto de partida para que una adolescente disfrute de la vida, inicie y mantenga relaciones positivas con los demás, sea autónoma y capaz de aprender. Hablar de autoestima es hablar de percepciones, pero también de emociones fuertemente arraigadas en la persona. El concepto encierra no sólo un conjunto de características que definen a un sujeto, si no que además, el significado y la valoración que éste consciente o inconscientemente se otorga, conforma una autoestima positiva que va de la mano con las distintas tareas del desarrollo que un individuo debe lograr a lo largo de su adolescencia y más allá.

De igual forma es importante el trabajo hacia la revalorización de la percepción de su propia imagen, en donde se logra una imagen más justa y balanceada de su propia persona que las lleva a sentirse mejor. La separación de los errores reales de los que no lo son, permite a la adolescente ser más paciente y tolerante consigo misma. De esta manera la adolescente comienza a reconocer y aceptar sus cualidades obteniendo su oportuna y correspondiente satisfacción, estimulando en la adolescente la sensación de logro y de confianza en sus propias capacidades.

Dado que uno de los principales aspectos a trabajar en la terapia cognitivo conductual son precisamente las cogniciones, en este taller se logro hacer cambios en las creencias de las adolescentes para evitar y en algunos casos salir de la depresión. Las principales cogniciones que se cambiaron fueron las referentes a las creencias de lo que es ser mujer, el amor y el sufrimiento.

Considero que es importante la manifestación de sentimientos de tristeza, enojo o miedo por parte de las adolescentes deprimidas, expresarlos una y otra vez sin ser reprochadas, señaladas o regañadas permite a la adolescente asimilar dichos sentimientos logrando que estos no la sigan perturbando en su vida diaria. Lo cual nuevamente acarrea una

reestructuración sobre la manera en que percibe la adolescente el medio que la rodea proporcionando de esta forma un panorama muy alentador y esperanzador que les permite fijarse más en las cosas buenas que les suceden día con día, sin exagerar en aquellas que no tiene importancia.

Con todo esto puedo concluir que la terapia cognitivo conductual es realmente eficaz en el tratamiento de la depresión. Sin embargo considero que el psicólogo cognitivo conductual debe dominar el empleo de técnicas conductuales y cognitivas, las cuales deben ser enseñadas en su aprendizaje, estas deben ser asimiladas y aplicadas bajo la supervisión de un especialista, para que posteriormente en la realización de su trabajo, el psicólogo sea un experto en el dominio y la aplicación de dichas técnicas. Este taller fue efectivo en el tratamiento y prevención de la depresión en la mujer adolescente, sin embargo acepto que no es la panacea, es mas considero que es necesario mejorarlo y adaptarlo a las necesidades de cada grupo. Dentro de las mejoras que se le pudieran hacer están: su duración, puesto que un taller tan largo como este hace que las asistentes no puedan asistir a todas las sesiones; otro punto sería el de las exposiciones o conferencias, estas debieran de ser muy breves y menos teóricas, permitiendo de esta forma que el taller sea más vivencial y menos teórico, otro punto muy importante es el de considerar al sector masculino, que en este taller no se atendió y que también muestra altos porcentajes de depresión (basta con mirar el porcentaje de alcoholismo que se observa en la población masculina). Asimismo considero que una de las principales fortalezas de este taller es en donde se vuelve vivencial, en estas sesiones pude percatarme de la importancia que tiene el escuchar y el permitirle hablar a cada una de las asistentes, lo valioso que es para ellas el sentirse escuchadas, valoradas y respetadas en la exposición de sus ideas, las cuales aunque fueran equivocadas eran respetadas y que conforme transcurría la sesión o sesiones permitía a la misma adolescente darse cuenta de su equivocación y que lo compartiera con el grupo lo cual facilito la aceptación de que se valía equivocarse, y que no por eso las volvía unas tontas.

Considero que como propuesta al tratamiento de la depresión en la mujer adolescente, este trabajo contribuye a dar una solución efectiva a este

grave problema que existe no solo en la mujer adolescente mexicana o solamente en la sociedad mexicana, si no que por el contrario afecta a toda la humanidad. Esto hace necesario que cada vez que salga una propuesta como esta, se evalué sus logros y limitaciones y sean mejorados, lo cual dará como resultado que cada vez se tenga un tratamiento realmente eficaz a los problemas psicoemocionales como la depresión acorde con los tiempos que se viven. De ahí que para la psicología esta tesis participa a la solución de un problema que la misma sociedad demanda que sea resuelto con eficacia y prontitud, dejando ver que la psicología es una herramienta, la cual día con día la humanidad utiliza y acepta cada vez más. Lo cual acrecienta el compromiso de la psicología y el mío como psicólogo de tratar a mis pacientes con decoro y respeto, con una aproximación psicológica acogedora y con el arsenal terapéutico, realmente efectivo que se merece.

Febrero 2004

BIBLIOGRAFIA

- & American Academy of Children and Adolescent Psychiatry (1999) "La depresión en niños y adolescentes". Autoayuda. Disponible en www.aacap/infam.com.
- & American Journal of Psichiary (1991) "¿Que es la depresión?"
Ansiedad, depresión. Disponible en:
www.elpoblado/autoayuda/ansiedaddepresion.com
- & American Journal of Psichiary (1999) "La depresión en niños y adolescentes". Autoayuda. Disponible en www.aacap/infam.com
- & Aguilar de E. y B. (1992) **Autoestima y Depresión**. México, Pirámide. pp. 342-348.
- & Araujo, A. M. de L. (2002) "El abandono corporal femenino, producto de la posesión y la dependencia". En: **Lo corporal y lo psicossomático**. México. Plaza Valdez Editores.
- & Arieti, S. (1990) **Psicoterapia de la depresión**. Buenos Aires. Paidos. pp 73-121, 218-221 y 374-384.
- & Bacot, S. G. (1991) "Modelo combinado de terapia conductual para depresión con enfoque conductual y marital". Revista de Psicología General y Aplicada (44) 1. 63-73.
- & Barwick y Douvan (1984) "Modelo combinado de terapia conductual para depresión con enfoque conductual y marital". Revista de Psicología General y Aplicada 44, (1). 63-73
- & Beauvior, S. (1994) **El Segundo sexo**. México. Siglo XXI.
- & Beck, A. (1967) "Modelo cognitivo". Disponible en: www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales3e.htm
- & Beck. A. (1975) "Prevalencia de los trastornos depresivos en los adolescentes". Revista de Psicología de la Universidad de Chile. VI. disponible en:
<http://rehue.csociales.uchile.cl/rehuehome/facultad/publicaciones/psicologia/v016/psicolo10.htm>
- & Beck, A. T. (1976) **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York. International Universities Press. pp. 15-21.

- & Beck, A. (1979) "Modelo cognitivo". Disponible en: www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales3e.htm
- & Beck, A. (1983) **Terapia cognitiva de la depresión**. España. Bilbao.
- & Beck, A.T. (1985) **Enfoques cognitivos de la depresión**. España. D.D.B. pp. 193-201.
- & Beck & Beck, A. (1972) "Prevalencia de los trastornos depresivos en los adolescentes". En Revista de Psicología de la Universidad de Chile. VI. disponible en:
<http://rehue.csociales.uchile.cl/rehuehome/facultad/publicaciones/psicologia/vol6/psicolo10.htm>
- & Breton, S. (1998) **La depresión**. México. Planeta. pp. 90-95.
- & Bleichman, E. (1991) **El feminismo espontáneo**. México. Adofrat.
- & Bowlby, J. (1988) **El papel de la experiencia de la infancia en el trastorno cognoscitivo**. Barcelona. Paidós. pp. 49-68.
- & Burns, D. (1999) **Sentirse bien, una nueva formula contra las depresiones**. México. Paidós.
- & Caballo, V. (1991) **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. México. Siglo XXI.
- & Calderón, N. G. (1998) **Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento**. México. Trillas. pp. 15-24.
- & Carrasco, I. (1998) "Enfoque cognitivo conductual de los problemas de aserción". Revista Española de Terapia de Comportamiento. 1 pp. 129-142.
- & Castellanos, R. (1973) **La mujer que sabe latín**. México. SEP.
- & Choquet, M. (1988) "Suicidio en la adolescencia", en **Psicopatología en niños y adolescentes**. México. Pirámide. pp. 309-315.
- & Craighead, W.E. (1981) "Issues resulting from treatment studies". **Behavior therapy for depression: present status and future directions**. U.S.A. Academic Press. 73-95.
- & Cueli, J. (1990) **Teorías de la personalidad**. México. Trillas. pp. 217-221.
- & Cyranowski J.M., Frank E., Young E., Shear M.K. (2000) "Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression". **Archives of General Psychiatry**. (57): 21-27.

- & De Barbieri, A. (1983) "El sol detrás de las nubes de la depresión una visión logoterapéutica" disponible en: www.monografias.com
- & Díaz-Guerrero R. (1994) **Psicología del mexicano**. México. Trillas. pp.36.
- & Fernández, B. R. y Carboles, J. A. (1981) **Evaluación conductual**. Madrid Pirámide. pp. 31-153.
- & Ferster, C. B. (1984) "A funcional análisis of depresión". American Psychologist. (28). pp. 857-870.
- & Freud, S., (1996) "Escrito G". **Obras completas**. Biblioteca nueva. p. 678
- & Freud, S., (1996) "Un caso de curación hipnótica". **Obras completas**. Biblioteca Nueva. pp. 169.
- & Gasto, C. (1993) **Depresiones crónicas**. España. Doyma. pp. 5-9.
- & González, C. (1998) "**Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes**". Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Ciudad Universitaria
- & González. F. (2002) "Suicidio en adolescentes". Instituto Mexicano de Psiquiatría (13) 3. pp. 25-30.
- & Gross, R. (1994) "Mente sana en los años dorados" disponible en: <http://www.latinsalud.com/base/articulo.asp?id=756>
- & Harrison, R.P.; Beck, A.T. y Buceta, J.M. (1984) "Terapia de la depresión: Una introducción al desarrollo histórico. Los conceptos y procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck". Revista de Psicología General y Aplicada. (39). pp. 623-646.
- & Hierro, G. (1990) **De la domesticación a la educación de las mexicanas**. México. Torres y asociados.
- & Hurlock, E. (1980) **Psicología de la adolescencia**. Madrid. Paidós
- & Instituto Mexicano de Psiquiatría (2000) "El suicidio y los adolescentes" Información Clínica. (11) 2.
- & Lamas, M. (1986) "La antropología feminista y la categoría genero". Nueva Antropología. (VIII) 30. México. 173-198.
- & Lara y Acevedo (1998) **¿Es difícil ser mujer?**. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México. Editorial Pax.

- & Lewinsohn, P.M. y Hobberman, H.M. (1986) "Depresion". International handbook of behavior modification and therapy. U.S.A .Plenum Press. pp. 173-207.
- & López A. S. (2000) "Depresión y mujer". I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 Conferencia 5-CI-B: [16 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa5/conferencias/5_ci_b.htm
- & López, R. S. (2000) **Lo corporal y lo psicossomático**. México. Plaza y Valdez Editores.
- & López S; y Rico N., (1992) "Salud Mental y mujer, su especificidad". En **Ciencias Sociales y Medicina**. Santiago. Universitaria.
- & López, S. O. (2002) "¿Es la depresión un estado constitutivo de la naturaleza femenina?" En: **Lo corporal y lo psicossomático**. México. Plaza y Valdez Editores.
- & Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1994) **American Psychiatric Association**. Barcelona. Mason.
- & Marcielli, D. (1992) **Adolescencia y depresión**. Barcelona. Masson.
- & Marquez, R. (1990) **Tratamiento natural de la depresión**. Buenos Aires. Paidos.
- & Martínez Ruiz (1998) **La Depresión**. Barcelona Herdez. Barcelona. pp 155-159.
- & Mahoney. M. J. (1991) **Human change processes**. New York. Basic. pp. 45-55.
- & Medina, M. (1996) "Factores que predicen el consumo de Drogas en adolescentes, hombres y mujeres de enseñanza media superior de México". Instituto Mexicano de Psiquiatría (09) 4 pp. 27-30.
- & Mussen, P. (1985) **Desarrollo de la personalidad en el niño**. México. Trillas
- & Organización Mundial de la Salud (2001) "Trastornos depresivos en diferentes culturas". **Informe de un estudio de la OMS**. Washington, D.C.
- & Papalia, D. (1998) **Desarrollo humano**. McGraw-Hill. Colombia
- & Paz, O. (1992) **El Laberinto de la Soledad**. México. Fondo de Cultura Económica. pp. 172.
- & Rehm, L.P. (1981). "Assessment of depresión". **Behavioral assessment a practical handbook**. (246-295) New York. Basic.

- & Remplein, H. (1971) **Tratado de psicología evolutiva**. Barcelona: Labor.
- & Ribes, I.E. (1983) **Técnicas de Modificación de conducta**. Trillas. México.
- & Rivera, M. M. (2002) "La adolescencia, el cuerpo y la salud". En López R. S. **Lo corporal y lo psicosomático**. México. Plaza Valdez Editores.
- & Rowe, D. (1996) **Depresion: the way our of your prision**. New York. Rontledge. pp. 230-232.
- & Rush, A.J. y Giles, D.E. (1982) "Cognitive Therapy: Theory and research". Short-term psycoterapies for depression: behavioral, interpersonal, cognitive and psychodynamic aprosches. (143-181) U.S.A, The Guilford Press..
- & Sabanes, F. (1994) **La depresión**. Barcelona.Diana. pp. 25-29
- & Seligman, M.E.P (1981) **Helplessness: on depression, developmentand death**. San Francisco. Freeman. pp. 123-141.
- & Stark, K. D. (1990). "Depresión en niños, tratamiento". En **Terapia cognoscitiva**. New York. Guilford. pp. 234.
- & Trad, V. P. (1992) **Depresión psíquica en neonatos y lactantes**. México, D.F. Limusa. pp. 16-19, 90-93.
- & Thompson, C.L.; Reid A. (2002) "La depresión en el anciano" disponible en:
http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/doc_depresion_anciano.htm
- & Weisman, M. y Klerman, (1977) **The depressed woman: A study of social relationships**. Chicago. University of Chicago.
- & Wetzeler, S. (1989) "Medición de las enfermedades mentales". **Evaluación psicométrica para los clínicos**. España. Ancora. pp. 319-335.
- & Wolpe, J. (1985) **Practica de la terapia de la conducta**. México. Trillas. pp. 268-273.
- & Yates. A. (1983) **Terapia del comportamiento**. México. Trillas. pp. 472-475.

ANEXO 1

Cuestionario de Depresión de Beck

Instrucciones:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lee con atención cada uno de ellos. A continuación señala cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor tus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodea con un circulo el número que esta a la izquierda de la afirmación que hayas elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que consideres aplicable a tu caso, marca también. Asegurate de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

(1)

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
3. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.

(2)

0. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
1. Me siento desanimado con respecto al futuro.
2. Siento que no tengo nada que esperar.
3. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

(3)

0. No creo que sea un fracaso.
1. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
2. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
3. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

(4)

0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
1. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
2. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

(5)

0. No me siento especialmente culpable.
1. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
2. Me siento culpable casi siempre.
3. Me siento culpable siempre.

(6)

0. No creo que este siendo castigado.
1. Creo que puedo ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Creo que estoy siendo castigado.

(7)

0. No me siento decepcionado de mi mismo.
1. Me he decepcionado a mi mismo.
2. Estoy disgustado conmigo mismo.
3. Me odio.

(8)

0. No creo ser peor que los demás.
1. Me critico por mis debilidades o errores.
2. Me culpo siempre por mis errores.
3. Me culpo de todo lo malo que sucede.

(9)

0. No pienso en matarme.
1. Pienso en matarme, pero no lo haría.
2. Me gustaría matarme.
3. Me mataría si tuviera la oportunidad.

(10)

0. No lloro más de lo de costumbre.
1. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
2. Ahora lloro todo el tiempo.
3. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

(11)

0. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
1. Las cosas me irritan más que de costumbre
2. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
3. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

(12)

0. No he perdido el interés por otras cosas.
1. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
2. He perdido casi todo el interés por otras personas.
3. He perdido todo mi interés por otras personas.

(13)

0. Tomo decisiones casi siempre.
1. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
2. Tengo mas dificultad para tomar decisiones que antes.
3. Ya no puedo tomar decisiones.

(14)

0. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
1. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
2. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
3. Creo que me veo feo.

(15)

0. Puedo trabajar tan bien como antes.
1. Me cuesta mas esfuerzo empezar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
3. No puedo trabajar en absoluto.

(16)

0. Puedo dormir tan bien como antes.
1. No puedo dormir tan bien como solía.
2. Me despierto una o dos horas mas temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
3. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

(17)

0. No me canso más que de costumbre.
1. Me canso mas fácilmente que de costumbre.
2. Me canso sin hacer nada.
3. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

(18)

0. Mi apetito no es peor que de costumbre.
1. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
2. Mi apetito esta mucho peor ahora.
3. Ya no tengo apetito.

(19)

0. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
1. He rebajado más de dos kilos y medio.
2. He rebajado más de cinco kilos.
3. He rebajado más de siete kilos y medio.

(20)

0. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
1. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
2. Estoy preocupado por mis problemas físico y me resulta difícil pensar en otra cosa.
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

(21)

0. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
3. He perdido por completo el interés en el sexo.

Anexo 2. Árbol de vida

